

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903. — N° 188

DU TRAITEMENT

DES

ARTHRITES TUBERCULEUSES

PAR LES

INJECTIONS DE GLYCÉRINE IODOFORMÉE

(En particulier chez les Enfants)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mercredi 22 juillet 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul-Lucien PRAVAZ

Né le 19 novembre 1875, à la Mulatière-lès-Lyon (Rhône)

Ex-interne des Hôpitaux de Lyon

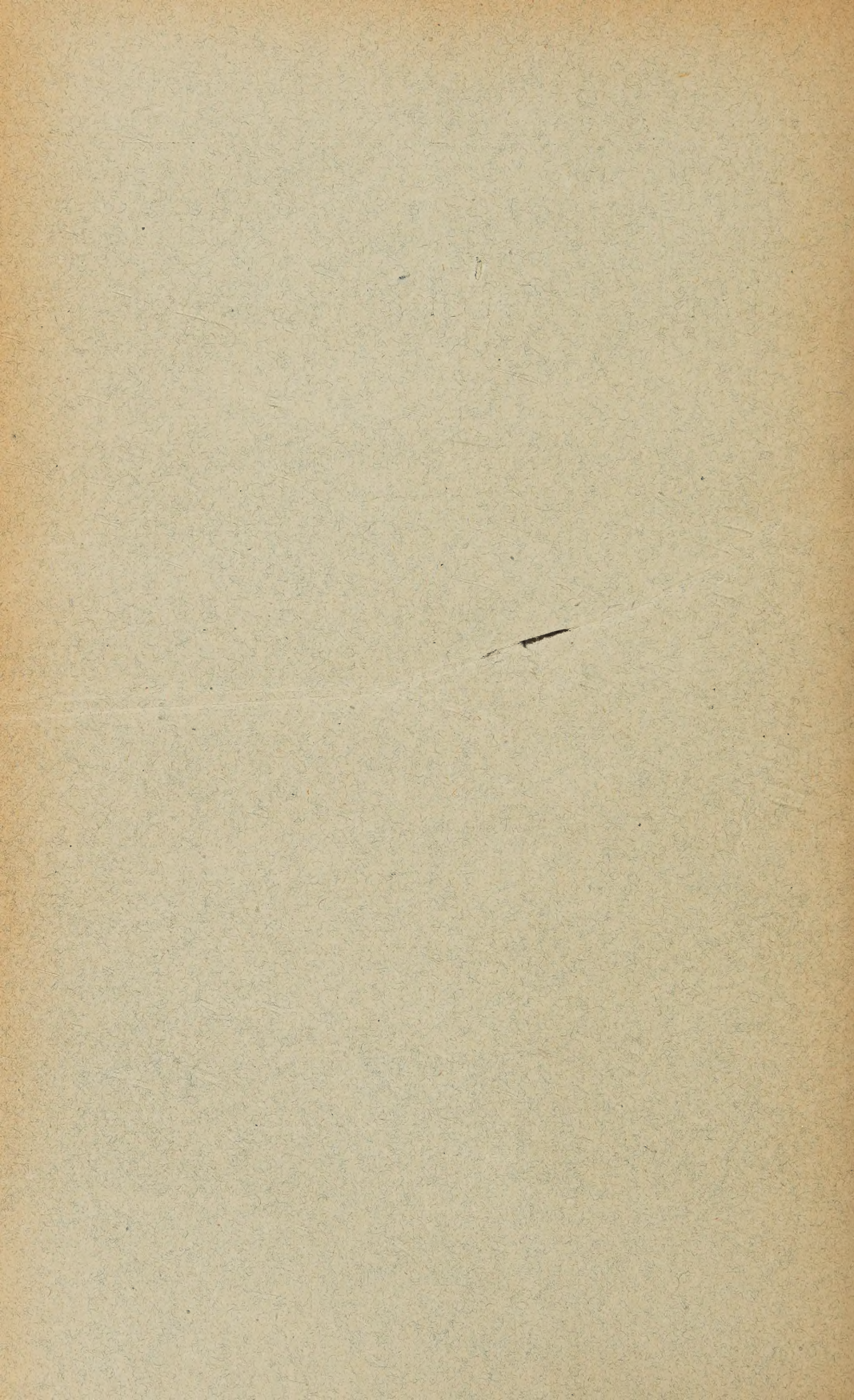


LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée, 8

—
1903



Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903. — N° 188

DU TRAITEMENT

DES

ARTHRITES TUBERCULEUSES

PAR LES

INJECTIONS DE GLYCÉRINE IODOFORMÉE

(En particulier chez les Enfants)

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

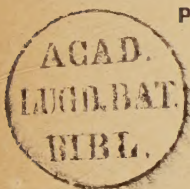
Et soutenue publiquement le mercredi 22 juillet 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul-Lucien PRAVAZ

Né le 49 novembre 1875, à la Mulatière-lès-Lyon (Rhône)
Ex-interne des Hôpitaux de Lyon



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée, 8

—
1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET
LACASSAGNE

DOYEN.
ASSESEUR

Professeurs honoraires

MM. PAULET, CHAUVEAU.

Professeurs

	MM.
Cliniques médicales	{ LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY
Cliniques chirurgicales	{ FOCHIER. GAYET. GAILLETON. PIERRET. WEILL. MONOYER. HUGOUNENQ. CAZENEUVE.
Clinique obstétricale et Accouchements	X.
Clinique ophtalmologique	LORTET.
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques	TESTUT.
Clinique des maladies mentales	RENAUT.
Clinique des maladies des enfants	MORAT.
Physique médicale	TEISSIER.
Chimie médicale et pharmaceutique	AUGAGNEUR.
Chimie organique et Toxicologie	MAYET.
Matière médicale et Botanique	TRIPPIER.
Parasitologie	POLLOSSON (Maurice).
Anatomie	ARLONG.
Anatomie générale et Histologie	LACASSAGNE.
Physiologie	COURMONT (J.).
Pathologie interne	SOULIER.
Pathologie externe	FLORENCE.
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

Professeur adjoint

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX. —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET. —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX	SIRAUD	BÉRARD	VILLARD
COLLET	DURAND	SAMBUC	TIXIER
BOYER	PIC	BORDIER	FABRE
BARRAL	PAVIOT	COURMONT (P.)	REGAUD
MOREAU	NOVE-JOSSERAND	CHATIN	CAUSSE, ch...
VALLAS			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (M.), président ; NOVÉ-JOSSERAND, assesseur ;
MM. BÉRARD et FABRE, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT :

A la mémoire du professeur Ollier.

A la mémoire du professeur Laroyenne.

INTERNAT :

M. le docteur Mollard, médecin des Hôpitaux.

M. le docteur Bret, médecin des Hôpitaux.

M. le professeur J. Courmont, médecin des Hôpitaux.

M. le docteur Lyonnet, médecin des Hôpitaux.

M. le professeur agrégé Bérard, chirurgien des Hôpitaux.

M. le professeur M. Pollosson, chirurgien des Hôpitaux.

M. le professeur agrégé Nové-Josserand, chirurgien des Hôpitaux.

M. le docteur Audry, médecin des Hôpitaux.

M. le docteur Leclerc, médecin des Hôpitaux.

M. le professeur agrégé Fabre, accoucheur des Hôpitaux.

Je dédie ce travail en témoignage de respectueuse gratitude.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

*DE MON GRAND-PÈRE
ET DE MON PÈRE*

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur MAURICE POLLOSSON

Chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu

CHAPITRE PREMIER

Introduction et Historique.

Le traitement conservateur de la tuberculose articulaire était le seul employé par les anciens chirurgiens, entre les mains de qui l'arthrotomie ne donnait que des résultats désastreux.

Avec l'ère antiseptique une violente réaction se produisit contre ce traitement jugé insuffisant ou nul. Les lésions tuberculeuses, considérées comme les manifestations d'une véritable affection maligne, devaient, croyait-on, être extirpées radicalement. Il s'ensuivit une longue période d'obscurité, durant laquelle temporisateurs et interventionnistes multiplièrent les arguments à l'appui de leurs opinions respectives.

Peu à peu la véritable notion du traitement des arthrites tuberculeuses s'est dégagée de ces discussions, et, depuis quelques années, l'accord semble s'être fait parmi les chirurgiens sur les principes qui doivent le diriger. Il doit être avant tout, du moins chez l'enfant et l'adolescent, conservateur.

Le traitement conservateur de la tuberculose articulaire n'est pas uniforme. Il comprend les différents procédés d'immobilisation simple ou combinée à l'extension, la compression, mais il s'y est ajouté depuis un certain nombre d'années un nouvel élément; ce sont les injections intra-articulaires.

Ici, comme il arrive pour tout procédé nouveau, les expérimentateurs ont essayé maints produits, avec des chances diverses. Parmi ces produits, un surtout semble devenu d'un emploi prépondérant. C'est la glycérine iodoformée, à l'étude de laquelle nous nous proposons de consacrer ce travail.

Nous passerons rapidement sur l'historique de cette méthode, que de nombreux travaux ont déjà vulgarisée. Nous nous contenterons d'en rappeler les étapes principales (1).

Les premiers essais d'injections iodoformées dans les arthrites tuberculeuses sont dus à Mikulicz (1878) et à Marc Séc (1882), qui rapportent des cas de guérison obtenue par ce traitement. Après eux, d'autres expérimentateurs produisent de nouveaux faits à l'appui, mais jusqu'en 1889, il ne s'agit que de faits isolés, sur lesquels l'attention n'est pas encore suffisamment attirée.

A partir de 1889, cette méthode nouvelle fait l'objet de nombreux travaux surtout en Allemagne, où l'on discute sa valeur, son emploi, ses indications

(1) Voir pour plus amples détails les thèses de PÉCHIN, Paris, 1897; de DULAC, Paris, 1898; de BOIS, Lyon, 1900.

en même temps que le choix de l'excipient qui doit servir de véhicule à l'iodoforme.

Les uns préfèrent l'huile (Bruns, Wendelstadt), les autres préconisent l'éther (Dollinger).

F. Krause, de Berlin, et Treudelenburg (1) les premiers, tentent de mettre en faveur la glycérine iodoformée.

Jusqu'en 1892 paraît, tant en France qu'en Allemagne, une nouvelle série de monographies sur cette question. A cette date, Bergmann (*Congrès des chir. allemands*, 1892) publie une statistique provenant de sa clinique, démontrant que, depuis l'introduction de la méthode des injections iodoformées, le nombre des résections faites dans son service, qui était de 30 à 40 par an précédemment, est tombé progressivement à 11 par an.

En 1895, signalons une publication importante de Wicland (2), dans laquelle il rapporte 9 guérisons sur 9 cas d'arthrite traités par cette méthode, dans sa clinique des enfants malades de Bâle.

En France paraît en 1897 la thèse de Péchin, dans laquelle l'auteur expose les idées de Duplay. Il emploie un mucilage de glycérine iodoformée et fournit un certain nombre de cas de guérison.

En 1898, Dulac, élève de Calot, fait la critique, dans sa thèse inaugurale, des diverses substances employées pour les injections intra-articulaires. Il préconise le naphthol camphré et l'éther iodoformé, en injections

(1) *Berl. klin. Wochenschrift*, 1889.

(2) *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1895.

combinées. Il y ajoute des considérations sur la mobilisation des tumeurs blanches, sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir.

En 1899 paraissent au même moment, en Allemagne, trois publications ; l'une est de Brigel (1) qui donne la statistique des malades traités dans la clinique de Bruns depuis 1894 ; les deux autres sont de Henle (2) qui publie les résultats de la clinique de Mikulicz.

Ces trois publications, les plus importantes, aussi bien en raison du nombre de malades observés, que par le soin avec lequel y sont étudiés les divers éléments de la méthode, ont pour une très large part contribué à sa vulgarisation. Nous aurons l'occasion d'y revenir en détail.

Outre divers articles et communications parus à la même époque, nous citerons l'importante thèse de Bois, (Lyon, 1900), publiée sous l'inspiration de M. Nové-Josserand, et dans laquelle la méthode est étudiée en détail, telle qu'elle est employée par ce chirurgien.

Enfin nous terminerons cet exposé en rappelant la communication récente faite au Congrès international de médecine de Madrid, avril 1903, par Hoffa, sur le traitement de la tuberculose articulaire chez les enfants, dans laquelle ce chirurgien expose ses idées personnelles sur la méthode des injections de

(1) BRIGEL : *Beitraege zur klinischen Chirurgie*, t. XX, fasc. 1.

(2) HENLE : *Beitraege zur klin. Chir.*, t. XX, fasc. 2 et 3.

glycérine iodoformée, et s'en déclare un partisan résolu.

Ces divers travaux semblent avoir fixé la méthode dans ses points essentiels. Aussi, tout en en faisant un exposé aussi complet que possible, notre but sera-t-il surtout, à l'aide d'une statistique inédite, de montrer les résultats qu'on peut en obtenir dans le traitement des diverses formes de la tuberculose articulaire chez l'enfant.

CHAPITRE II

Technique et manuel opératoire.

A. — LA GLYCÉRINE IODOFORMÉE ; SES AVANTAGES, SES INCONVÉNIENTS, SON ACTION

Nous n'entreprendrons pas ici la critique détaillée des avantages et des défauts respectifs des diverses substances proposées pour les injections intra-articulaires ; nous nous contenterons de faire ressortir brièvement les raisons qui, à notre sens, doivent faire pencher la balance en faveur de la glycérine iodoformée.

On sait que, de toutes les substances préconisées, trois seulement se sont partagé la faveur des chirurgiens, à savoir le naphthol camphré, l'éther iodoformé, enfin la glycérine iodoformée.

Le naphthol camphré a une valeur qu'on ne saurait contester, ainsi qu'en témoignent les faits exposés dans la thèse de Dulac, mais il a l'immense inconvénient d'être très toxique.

L'éther iodoformé a lui aussi à son actif un grand

nombre de succès, mais il est très douloureux, en raison de la distension des tissus que provoque la force expansive de ses vapeurs ; de plus il a provoqué lui aussi des accidents, les uns d'ordre mécanique, tels que la fistulisation précoce des abcès par excès de distension, les autres d'ordre toxique, se traduisant par du sommeil anesthésique parfois inquiétant. Enfin l'analyse des résultats montre que ceux qu'il donne ne sont pas supérieurs à ceux que donne l'emploi de la glycérine iodoformée.

Celle-ci nous paraît présenter de réels avantages. Sa toxicité est faible, en tout cas moindre que celle de tous les autres produits employés. Elle est d'une préparation et d'une stérilisation faciles.

L'injection n'est pas très douloureuse, la réaction qui la suit est, dans l'immense majorité des cas, très modérée.

Dans quelques cas, il est vrai, on a observé des phénomènes d'ordre toxique, mais nous les avons toujours vu céder rapidement. Outre une certaine douleur et une certaine réaction locale qui est normale, on voit parfois le malade présenter des phénomènes généraux, anorexie, céphalée, poussée fébrile, douleurs rhumatoïdes, urines parfois foncées et contenant un peu d'hémoglobine. Mais nous le répétons, ces accidents, outre qu'ils sont loin d'être constants, sont toujours légers et fugaces, si l'on a soin, bien entendu, de s'en tenir aux doses modérées.

Quant à son mode d'action sur les tissus dans lesquels on l'injecte, il est encore mal connu. A coup sûr, on ne peut admettre qu'il s'agisse d'une action

spécifique de l'iodoforme sur le germe pathogène de la tuberculose. Les expériences de Behring, celles de Baumgarten, de Troje, de Tangle, de Rovsing ont montré que le bacille de Koch se développe impunément en présence de l'iodoforme.

D'après Henle, qui a étudié la question avec grand soin, on doit supposer, semble-t-il, que les bons résultats obtenus en clinique sont dus à la faculté remarquable que possède l'iodoforme d'irriter les tissus et d'exciter par sa présence la formation de tissu cicatriciel.

On en peut trouver une confirmation dans l'examen direct des articulations sur lesquelles on a à intervenir secondairement; on voit alors que cette faculté excitatrice de la formation du tissu cicatriciel va jusqu'à déterminer la production d'adhérences, parfois très solides, qui comblent les cavités synoviales, et jouent un rôle considérable dans le processus de guérison par ankylose.

B. — SA PRÉPARATION

Un certain nombre de procédés ont été employés pour la préparation de la glycérine iodoformée.

Krause emploie le mélange suivant :

Iodoforme.	50
Glycérine	80
Eau.	q. s.

en y ajoutant 1 p. 100 d'acide phénique.

Duplay conseille le mucilage suivant :

Eau distillée . . .	}	à 10 grammes
Glycérine . . .		
Iodoforme . . .		
Gomme arabique . . .		q. s.

Mikulicz et Henle se servent d'un mélange de glycérine iodoformée à 10 p. 100. C'est à cette dernière préparation que M. Nové-Josserand a donné la préférence.

Ce mélange doit, bien entendu, être rigoureusement septique, et, bien qu'on admette que la glycérine elle-même soit stérile, il est prudent de la stériliser. Pour cela la glycérine iodoformée est placée dans des flacons à large ouverture, que l'on fait séjourner pendant une demi-heure dans un bain-marie.

C. — L'INJECTION

a) *Instruments.* — Pour pratiquer les injections de glycérine iodoformée, deux sortes d'instruments sont nécessaires :

1° Une longue et forte aiguille à ponction, à laquelle s'adaptera une seringue d'une contenance d'au moins 10 centimètres cubes, munie d'anneaux pour pouvoir exercer sur le liquide une pression suffisante ;

2° Pour le cas où il existerait une collection intra ou péri-articulaire, un trocart de calibre moyen, à la

canule duquel pourra s'adapter exactement l'extrémité d'une seringue d'une contenance de 20 à 30 centimètres cubes.

b) *Manuel opératoire.* — Il va sans dire que le chirurgien et ses aides devront veiller à ce que l'opération soit faite dans des conditions d'asepsie rigoureuse, sur lesquelles nous croyons inutile d'insister.

Il est avantageux, croyons-nous, d'endormir le patient, car l'injection est toujours douloureuse dans une certaine mesure, et l'anesthésie évite, de ce fait, tout mouvement intempestif du malade, tant au cours de l'opération elle-même, que de l'immobilisation qui la suit.

Ceci dit, nous allons envisager la conduite à tenir dans les différentes formes d'arthrite tuberculeuse.

Bois (1), dans sa thèse, inspirée par M. Nové-Josserand, distingue quatre cas :

1° Il existe un exsudat intra-articulaire, sérosité ou pus ;

2° Il existe seulement des fongosités sans épanchement ;

3° Il y a une arthrite fongueuse avec abcès péri-articulaire ;

4° Il y a des fistules.

Entrons dans le détail du traitement pour chacune de ces catégories.

1° Dans le premier cas on procède comme s'il s'agissait d'un abcès froid. On ponctionne la synoviale avec le trocart, et on évacue l'épanchement ; ceci

(1) Bois : thèse de Lyon, 1900.

fait, on injecte dans la canule la glycérine iodoformée, et l'on fait un pansement aseptique.

Où doit-on faire la ponction ? Krause a formulé les règles suivantes, qui ont été depuis adoptées par les divers opérateurs.

Au poignet, on ponctionnera au-dessous des apophyses styloïdes ;

Au coude, au-dessus de la tête radiale, à la région postérieure ;

A l'épaule, à l'endroit où l'on sent la capsule épaissie ;

A la tibio-tarsienne, droit sous les malléoles, en relevant la pointe du trocart.

Au genou, on ponctionnera en plein cul-de-sac sous-tricipital.

D'une manière générale, suivant la recommandation de Mikulicz et de Henle, et, toujours comme s'il s'agissait d'un abcès froid, on aura soin de ponctionner à un endroit où la peau soit saine, afin d'éviter le plus possible la fistulisation secondaire. Le trocart devra en outre être tenu très oblique.

Pour la quantité à injecter, il existe quelques divergences d'opinion. Bruns et Brigel indiquent la dose de 10 à 30 centimètres cubes.

M. Nové-Josserand recommande de ne pas dépasser la dose de 10 centimètres cubes pour une injection. Hoffa (1) émet la même opinion. C'est la dose en deçà de laquelle on ne risque pas d'accidents toxiques.

(1) HOFFA : *Congrès de Madrid*, août 1903.

2° Il s'agit d'une forme fongueuse.

Ici encore nous devons enregistrer quelques divergences.

Mikulicz et Henle pratiquent des injections interstitielles dans les masses fongueuses, et comme l'action produite est absolument localisée, ils les multiplient tout autour de l'articulation malade, jusqu'à en faire quatre à trente, suivant l'âge, en injectant environ un centimètre cube par injection. Ils ne se préoccupent pas, quoi qu'il en soit, de faire pénétrer le liquide dans l'articulation.

Hoffa se range à cette manière d'agir et dit que, lorsque la radiographie a montré un foyer osseux, il faut diriger l'aiguille de ce côté, pour mettre l'iodoforme en contact avec les lésions.

Dans ses premières observations, M. Nové-Josse-
rand a appliqué rigoureusement la technique indiquée par Mikulicz et Henle, mais aujourd'hui il se comporte d'une manière toute différente. Quel que soit le degré de développement des masses fongueuses, il fait toujours une injection intra-articulaire, autant que possible au point où la palpation décèle le maximum de lésions, en tenant compte bien entendu des dispositions anatomiques, pour éviter la blessure d'un vaisseau ou d'un nerf. Il se contente en général d'une seule injection dans la même séance ; on peut cependant être amené à en faire une seconde, lorsqu'il s'agit d'articulations d'une grande étendue, telles que la tibio-tarsienne et surtout le genou.

Cette manière d'agir a, de l'avis de M. Nové-Josse-
rand, plusieurs avantages. Tout d'abord elle simpli-

fié le traitement, et, en réduisant à son minimum le nombre des ponctions, elle diminue les chances d'infection ; d'autre part, l'examen direct de l'articulation malade montre que, même dans les cas les plus favorables, le palper ne permet guère d'apprécier qu'une très faible partie des lésions ; il semble donc quelque peu irrationnel de guider uniquement sa thérapeutique sur des données aussi incertaines. Enfin, peut-être, en procédant de cette façon, agit-on d'une façon plus générale sur les tissus malades. En tout cas, si nous nous en rapportons aux chiffres de notre statistique, ceux-ci semblent tout à fait favorables à la technique de notre maître, car ils donnent, au moins pour les formes fongueuses, qui nous occupent en ce moment, un pourcentage de cas favorables supérieur à celui que fournit Henle.

Nous ajouterons, en ce qui concerne la quantité de liquide à injecter, qu'on ne devra pas dépasser 10 centimètres cubes pour sa totalité. La dose moyenne pour une injection isolée, ce qui est le cas ordinaire, varie de 2 à 6 centimètres cubes, suivant l'âge du malade, et aussi suivant l'importance de l'articulation en cause.

3° Nous voici maintenant en présence d'une arthrite fongueuse avec abcès péri-articulaire. Dans ce cas, on devra se comporter comme si l'arthrite et l'abcès existaient séparément, même s'il était établi qu'il y eût communication entre les deux lésions.

Il faut donc opérer en deux temps. Dans le premier temps, on évacuera la collection et on injectera de la glycérine iodoformée dans sa cavité ; dans le

second, on pratiquera une injection intra-articulaire. Là encore, la totalité du liquide injecté ne devra pas dépasser 10 centimètres cubes.

4° Voici enfin une arthrite avec fistules, faisant communiquer la cavité articulaire avec l'extérieur.

Dans ce cas, Billroth pratique l'excision de la fistule et réunit, après avoir rempli la cavité avec de la glycérine iodoformée. Ce procédé, fait remarquer Henle, est irrationnel, car il ne s'attaque pas à la source de la suppuration ; aussi, y a-t-il presque toujours une récurrence.

Mikulicz emploie la méthode suivante. Il injecte dans le trajet fistuleux la glycérine iodoformée, avec une seringue munie d'un embout olivaire spécial, obturant hermétiquement l'orifice du trajet. Le doigt est appliqué sur cet orifice pendant dix minutes environ, pour permettre à l'iodoforme de se déposer. Au bout de ce temps, on ne voit plus s'écouler qu'une petite quantité de glycérine pure.

M. Nové-Josserand, comme dans les autres formes d'arthrite, pratique une injection intra-articulaire, dont on voit parfois le liquide ressortir par les fistules. Il faut avoir soin de faire la ponction à distance des fistules, dans du tissu sain, de façon à éviter l'infection de l'aiguille.

c. *Phénomènes consécutifs.* — L'injection de glycérine iodoformée s'accompagne toujours d'une douleur plus ou moins vive, qui semble céder assez rapidement ; elle suffit cependant, ainsi que nous l'avons déjà dit, à légitimer l'anesthésie. Hoffa dit pourtant

pratiquer toutes ses injections sans endormir le patient.

La température s'élève jusqu'à 38°5, 39° et même 39°5 ; elle ne doit pas dépasser trois ou quatre jours.

Enfin on constate, durant les premiers jours, de l'œdème de l'articulation et du membre, qui disparaît assez rapidement.

Dans quelques cas, en vertu d'une susceptibilité particulière, on observe des symptômes d'intoxication, en général légers, dont nous avons déjà parlé plus haut.

d. *Fréquence.* — Treudelenburg répétait les injections tous les jours, Dupin tous les deux jours. La plupart des chirurgiens les renouvellent tous les huit ou dix jours, en font ainsi trois ou quatre séances, puis laissent reposer le malade quelques semaines ; ils en font alors une nouvelle série, si à ce moment le résultat n'est pas jugé suffisant.

Cette manière d'agir présente, croyons-nous, de réels inconvénients. Tout d'abord elle augmente singulièrement les chances d'intoxication, du fait de l'accumulation exagérée de l'iodoforme et de la glycérine, en un laps de temps trop court, d'une injection à l'autre, pour laisser calmer les phénomènes réactionnels.

De plus elle est un obstacle à l'immobilisation prolongée du membre, qui est, on le sait, un élément essentiel du traitement. Enfin, il n'est aucunement prouvé que cette répétition à outrance des injections ait donné des résultats particulièrement brillants.

M. Nové-Josserand avait adopté cette manière d'agir dans les premiers temps où il utilisait les injections iodoformées. Actuellement sa pratique s'est modifiée. L'indication étant posée, il ne fait qu'une seule injection, puis le malade est renvoyé chez lui, son membre soigneusement immobilisé. Au bout de huit ou dix semaines, l'appareil immobilisateur est enlevé, et, si l'examen pratiqué à ce moment la fait juger nécessaire, une seconde injection est pratiquée. Après quoi on laisse un nouvel intervalle d'égale durée, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le traitement soit jugé suffisant.

Cette manière d'agir est d'ailleurs celle que Hoffa (1) emploie dans son service, et dont il dit avoir obtenu les meilleurs résultats.

Si nous envisageons maintenant le nombre de séances à faire pour arriver à la guérison, nous voyons qu'il est sujet à varier dans de larges limites ; d'une manière générale, on peut dire qu'il est en rapport direct avec la gravité de la lésion et va en augmentant des simples hydarthroses aux formes suppurées.

Dans l'hydrops tuberculeux simple, une seule injection suffit assez souvent, ainsi qu'en font foi quelques observations.

Dans les arthrites fongueuses, il faut continuer les injections jusqu'au moment où les fongosités ont subi la transformation fibreuse. Cliniquement donc, ce n'est pas la disparition des masses fongueuses qu'on

(1) *Loc. cit.*

devra rechercher, mais leur transformation en masses dures, résistant sous le doigt, et ne donnant plus la sensation si caractéristique de la pseudo-fluctuation.

Dans les arthrites suppurées, on devra ponctionner les abcès péri-articulaires, jusqu'à ce que la ponction démontre leur guérison complète. L'arthrite causale sera traitée et surveillée comme dans le cas précédent. S'il y a des fistules, on devra, bien entendu, continuer le traitement jusqu'à ce qu'elles soient taries, à moins que, se basant sur certaines considérations que nous étudierons plus loin, on ne se décide à une intervention radicale.

En tout cas on ne devra jamais se hâter de cesser le traitement, qui devra au contraire, de toute nécessité, être continué quelque temps, même après la guérison apparente des lésions. Une arthrite tuberculeuse, dit Hoffa, doit ainsi rester pendant deux ou trois ans sous la surveillance du médecin.

e. Soins adjuvants et consécutifs. — Nous nous sommes jusqu'ici borné à étudier uniquement la technique des injections de glycérine iodoformée. Nous devons maintenant parler des autres éléments qui font partie intégrante du traitement, et sans lesquels on ne saurait se flatter de réussir. S'il est vrai que Henle ait pu obtenir 80 p. 100 de guérison par le traitement iodoformé seul, il ne faut pas perdre de vue, à notre avis, que, malgré son efficacité indiscutable, ce traitement ne devra jamais dispenser le médecin d'y associer les divers traitements ortho-

pédiques, et surtout l'immobilisation, laquelle doit, de l'avis de tous, rester la base du traitement de la tuberculose articulaire.

Dans ces dernières années quelques auteurs, Lucas-Championnière, Calot, entre autres, ont conseillé la mobilisation précoce des tumeurs blanches, au bout de quatre à huit semaines seulement de traitement, dans le but de prévenir l'ankylose et d'obtenir la guérison avec des mouvements plus ou moins étendus. C'est, nous semble-t-il, une réaction vraiment excessive contre les idées d'immobilisation à outrance qui prévalaient à une époque où l'on recherchait systématiquement l'ankylose. Il est certainement dangereux de faire ainsi exécuter des mouvements à une articulation où le processus tuberculeux est encore en activité, au risque de le voir se diffuser, et prendre parfois une allure aiguë capable de déterminer les plus graves accidents.

Assurément il est logique et plausible de ne pas maintenir une immobilisation trop prolongée, et de commencer progressivement les mouvements dès que la tuberculose paraît guérie; mais il faut savoir être patient.

D'ailleurs l'immobilisation, telle qu'elle doit être comprise, est loin d'être une première étape vers l'ankylose, Hoffa dit même qu'on obtient d'autant plus vite une articulation mobile qu'on a mieux dirigé, dès le début, le traitement conservateur, dans lequel il fait une place prépondérante à l'immobilisation. Il ne faut pas oublier du reste que, même dans les cas où on aboutit à l'ankylose, celle-ci, obtenue en bonne

position, doit être tenue déjà pour un bon résultat.

Donc il faut immobiliser, mais il faut immobiliser en bonne position; et ici se pose une importante question. Que ferons-nous en présence d'une arthrite tuberculeuse compliquée d'une attitude vicieuse?

Calot et Dulac (1), dans sa thèse, recommandent de ne pas faire de suite le redressement des attitudes vicieuses. Mikulicz et Henle au contraire les redressent d'abord, et ne commencent les injections qu'une fois la correction obtenue.

Hoffa rejette le redressement brusque et forcé, et conseille de procéder par étapes.

D'après M. Nové-Josserand on doit envisager deux cas, celui d'une attitude vicieuse encore peu prononcée, une légère flexion du genou, par exemple, et celui d'une véritable déformation, telle qu'on en rencontre chez des malades dont le genou est fléchi à angle droit ou même à angle aigu.

Dans le premier cas, il est simple et sans danger de combiner dans la même séance l'injection iodoformée et le redressement.

Si, au contraire, on a affaire à une déformation très accentuée, on devra, avant toute chose, commencer par traiter cette déformation, les injections devant être remises à plus tard, même si l'articulation est le siège d'un processus en activité; on doit craindre, en effet, que le traumatisme produit par le redressement, joint à la réaction due à l'injection, ne suffise

(1) DULAC : th. de Paris 1898.

à provoquer une poussée d'inflammation aiguë dont on ne peut prévoir la gravité.

On mettra donc le membre en traction continue pendant plusieurs jours, ce qui a le double avantage d'immobiliser la jointure tout en la redressant et, au bout de ce temps, lorsque la correction est à peu près obtenue, on se comporte comme dans le cas d'une arthrite avec faible déformation, ou bien, si l'on préfère le redressement en un temps, sous anesthésie, on pratique d'abord le redressement et on commence les injections quinze jours après seulement, lorsque la réaction due au traumatisme a cessé.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur le traitement orthopédique qui devra accompagner et suivre les injections iodoformées, ceci étant en dehors de notre sujet. Nous terminerons ce chapitre en rappelant l'avantage extrême qu'il y a à placer les jeunes malades dans les meilleures conditions hygiéniques, alimentation substantielle, séjour à la campagne, dans l'air des forêts, enfin et surtout au bord de la mer.

CHAPITRE III

Résultats.

La méthode des injections intra-articulaires en général, et celle des injections de glycérine iodée en particulier, dans le traitement de la tuberculose articulaire, est restée jusqu'ici relativement peu employée en France.

En Allemagne même, où cependant elle est née, et où elle compte un grand nombre de partisans, quelques chirurgiens, et non des moindres, ne lui ont pas attribué une influence particulièrement heureuse. C'est ainsi que Kœnig, tout en l'employant, ne lui accorde qu'une confiance assez limitée, et que Riedel va jusqu'à attribuer les bons résultats obtenus au seul traitement conservateur.

Assurément, il serait exagéré de faire de ce procédé une panacée capable de guérir infailliblement toutes les arthrites tuberculeuses. Il n'en est pas moins certain, et nous espérons le démontrer, qu'il constitue un très grand progrès dans le traitement de ces affections, et permet d'obtenir des résultats inconnus auparavant.

Avant d'exposer nos résultats personnels, nous rappellerons ceux qui ont déjà été publiés avant nous, et qui tous concourent à bien mettre en lumière cette efficacité. Parmi ces résultats, beaucoup se rapportent à des produits autres que la glycérine iodoformée, tels que l'éther iodoformé, le naphthol camphré, mais ils n'en ont pas moins, au point de vue général, une grande importance, la qualité du produit n'ayant en somme, à ce point de vue général, qu'une importance relative.

Verneuil, en 1885, rapporte un cas de guérison par les injections éthéro-iodoformées d'une tuberculose suppurée du genou avec abcès fusant le long de la cuisse, et qui semblait justiciable de l'amputation.

Grynfeldt, de Montpellier, obtient la guérison d'une arthrite suppurée de l'épaule pour laquelle la résection semblait inévitable.

Calot, au Congrès pour l'étude de la tuberculose, en 1896, rapporte 24 cas, sur lesquels il a obtenu 22 guérisons et 2 résultats douteux, par les injections d'éther iodoformé et de naphthol camphré, combinées.

Krause, de Halle, ayant traité 63 cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse par les injections iodoformées, déclare en avoir obtenu d'excellents résultats.

Sur 12 arthrites tuberculeuses chez des enfants, Wieland obtient 9 guérisons.

En 1898, Dulac, dans sa thèse, reprend la statistique de Calot et expose un ensemble de 37 cas, dont la moitié avec suppuration, sur lesquels il n'enregistre qu'un insuccès.

Nous ferons une place à part, en raison de leur importance aux statistiques de Henle publiées en 1899, et qui comprennent 167 cas traités à la clinique de Mikulicz par les injections de glycérine iodoformée. L'auteur indique les résultats suivants :

Tuberculoses non ouvertes, guérison	= 75 p. 100
Tuberc. avec abcès non fistuleux	— = 73 p. 100
Cas avec fistules	— = 64 p. 100
Résultat total : guérison	= 70 p. 100

Sur ce total 25,8 p. 100 des malades ont conservé la mobilité de leur articulation, 33 p. 100 sont notés guéris, mais avec une réduction plus ou moins complète des mouvements, 9 p. 100 enfin ont dû subir secondairement des interventions le plus souvent peu importantes.

Hoffa indique des chiffres encore plus probants : il ne publie pas de statistique détaillée, mais il dit obtenir 80 p. 100 de guérison.

Notre statistique personnelle, établie dans le service de chirurgie infantile de M. Nové-Josserand, porte sur 65 cas d'arthrites qui se répartissent ainsi :

Hydarthroses tuberculeuses	5 cas
Arthrites fongueuses simples	39 —
Arthrites suppurées sans fistules . .	7 —
— — — avec fistules . .	13 —
Arthrites sèches (de Volkmann) . .	1 —
Total.	65 cas

1° ANALYSE DES RÉSULTATS SUIVANT LA FORME

1° *Hydarthroses tuberculeuses*. — Nos cinq cas d'hydarthrose tuberculeuse ont tous affecté l'articulation du genou. Ils nous ont donné 4 succès (80 p. 100), dont 2 avec mouvements complets, et 2 avec mouvements incomplets. Le cas où le traitement a échoué a donné lieu à une récurrence simple, que nous croyons pouvoir attribuer à une interruption du traitement d'une durée de deux ans et demi (obs. II).

2° *Arthrites fongueuses simples*. — Nos 39 observations se décomposent de la façon suivante :

1° Genou. 20	guéris	avec mouvem ^{ts}	complets. :	2
			incomplets.	11
	non guéris. Récidive	avec ankylose		3
			simple . .	1
2° Tibio-tarsienne. 8	guéris	avec mouvem ^{ts}	complets. .	4
			incomplets.	2
	non guéris. Récidive	avec ankylose		0
			simple . .	1
3° Coude. 6	guéris	avec mouvem ^{ts}	complets. .	2
			incomplets.	4
	non guéris.	ankylose		0
				0

4° Poignet. 3	guéris	mouvements	complets. .	2
			incomplets. .	4
		ankylose.		0
	non guéris.			0
5° Tarse antérieur. 2	guéris.			4
	non guéris (récidive simple)			4

Au total, 82 p. 100 de guérisons. Sur les 32 cas favorables, 31 p. 100 ont guéri avec l'intégrité des mouvements de l'articulation. Sur les 7 cas négatifs, 4, soit 57 p. 100, ont évolué secondairement vers la suppuration.

Si nous recherchons la cause de l'échec du traitement dans les sept cas défavorables, nous relevons les particularités suivantes :

Le premier malade (obs. VII), parti en août 1900, après une seule injection de glycérine iodoformée, faite en avril, reste trois ans sans aucun traitement. Évolution continue de l'affection.

Le second (obs. XI), après un traitement d'une durée de onze mois, part chez lui en bonne voie de guérison ; il revient trois mois après avec une suppuration secondaire, nécessitant une résection, au cours de laquelle on découvre de profondes lésions de l'épiphyse tibiale.

Le troisième (obs. XII), après un traitement de dix mois, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, revient finalement avec des lésions telles qu'une résection est jugée nécessaire ; elle fait découvrir également des lésions épiphysaires, mais relativement superficielles,

Le quatrième (obs. XVII) part après sept mois de

traitement, durant lesquels on lui fait deux injections ; il reste un an et demi sans traitement. Il en résulte une suppuration secondaire, d'ailleurs d'allure bénigne.

Le cinquième (obs. XXXV), après trois mois seulement de traitement, durant lesquels on lui fait une seule injection, reste un an et demi dans un état stationnaire, après quoi se déclare une suppuration secondaire.

Le sixième (obs. XXXIV), après deux ou trois mois seulement de traitement, reste deux ans sans aucun soin. Actuellement arthrite en pleine évolution.

Le septième (obs. XXXVIII) part après dix mois de traitement, durant lesquels on fait trois injections. La guérison paraît en bonne voie. Suppression absolue du traitement pendant deux ans et demi, d'où, actuellement, récurrence de l'arthrite, qui est en pleine évolution.

Donc sur sept cas défavorables nous en trouvons cinq où le traitement a été manifestement insuffisant comme durée. Sans vouloir attacher à ces faits une importance exagérée, il est permis de penser que le succès, dans les formes fongueuses, dépend en grande partie de la durée suffisante du traitement, et que les statistiques seraient grandement améliorées, si l'on n'avait trop souvent à compter avec la négligence des malades et de leur entourage.

3° *Arthrites suppurées*. — Nos 20 cas d'arthrite suppurée se répartissent, avons-nous dit, en 7 cas sans fistules et 13 cas avec fistules.

A. *Cas avec fistules.* — Le genou est atteint deux fois, dont une guérison avec limitation considérable des mouvements, et une aggravation nécessitant la résection.

La tibio-tarsienne est atteinte dans 5 cas, sur lesquels nous relevons une guérison avec ankylose, une guérison avec mouvements complets, une guérison avec mouvements limités, une aggravation nécessitant l'ablation de l'astragale et enfin une mort par septicémie.

Le coude est atteint quatre fois; nous trouvons deux guérisons, dont l'une avec intégrité des mouvements, l'autre avec limitation, et deux aggravations nécessitant la résection secondairement.

Le poignet est atteint dans deux cas, guéris tous deux avec mouvements complets.

B. *Cas sans fistules.* — Le genou est atteint quatre fois; nous relevons trois résections secondaires, nécessitées par l'aggravation continue des lésions, et une mort par cachexie progressive.

La tibio-tarsienne nous fournit deux cas, dont un guéri avec limitation des mouvements, et un terminé par l'ablation de l'astragale.

Le coude n'est atteint dans aucune de nos observations de cette catégorie, de même que le poignet.

Nous relevons un cas d'ostéo-arthrite suppurée du tarse antérieur; aggravation nécessitant la tarsectomie.

Au total nous trouvons pour les formes suppurées : 61,5 p. 100 de guérisons, dans les cas avec fistules et

une seule guérison dans les cas non fistuleux, soit 14 p. 100.

On remarquera tout d'abord que, contrairement à ce qui a été publié jusqu'à nous, nous avons observé plus de cas favorables dans les arthrites avec fistules que dans les arthrites non ouvertes. Nous nous contenterons de signaler ce fait qui, vu le nombre restreint de nos observations, n'a peut-être pas une grande signification. Il tend néanmoins à prouver qu'une arthrite avec fistules peut être ramenée, si l'on prend des soins d'asepsie minutieuse, à un degré de gravité très sensiblement atténuée.

Si maintenant nous cherchons à pénétrer les causes qui ont empêché le traitement de réussir, tant dans les arthrites fistuleuses que dans les autres, nous voyons que, dans tous les cas où on a eu la possibilité d'intervenir, on a découvert des lésions profondes des épiphyses : tubercules plus ou moins volumineux, dégénérescence de l'os.

Cette constatation a, comme nous le verrons au chapitre suivant, une grande importance au point de vue des indications.

4° *Arthrite à forme sèche* (carie de Volkmann). — Nous ne pouvons fournir qu'une observation d'arthrite de cette nature, et encore est-elle douteuse au point de vue du résultat. Aussi est-il impossible de formuler une appréciation nette sur l'efficacité des injections iodoformées dans ce cas.

De cet exposé il ressort, nous semble-t-il, avec évidence que les injections de glycérine iodoformée

constituent un progrès vraiment considérable dans le traitement des diverses formes de la tuberculose articulaire, si l'on considère que, au regard des chiffres élevés que nous produisons, le traitement conservateur employé auparavant ne donnait pas un pourcentage supérieur à 50 à 60 p. 100 de guérisons dans les statistiques les plus favorables.

II. — ANALYSE DES RÉSULTATS SUIVANT L'ARTICULATION ATTEINTE

Si maintenant nous envisageons le résultat pour chaque articulation respectivement nous faisons les constatations suivantes :

Le *genou* est atteint dans la majorité des cas, trente et une fois sur soixante-cinq cas, dans notre statistique. Le traitement par les injections iodoformées y donne d'excellents résultats dans les formes à hydarthrose simple et dans les formes fongueuses, où l'on obtient jusqu'à 80 pour 100 de guérisons ; par contre les formes suppurées y sont particulièrement graves, si nous en jugeons par nos résultats, qui ne nous montrent qu'une guérison sur six cas. Il est également une des articulations où l'on obtient le plus difficilement la guérison intégrale, c'est-à-dire avec mouvements normaux ; nous n'en avons observé en effet que 12,5 p. 100.

La *tibio-tarsienne* vient après le genou comme fréquence. Le traitement dans les formes fongueuses nous a donné 75 p. 100 de guérison dont 50 p. 100

avec retour intégral de la mobilité. Dans les formes suppurées, nous relevons 57 p. 100 de succès, dont une seule ankylose.

Le *coude* et surtout le *poignet* sont les articulations où nous avons obtenu les meilleurs résultats. Au coude, six guérisons sur six cas d'arthrite fongueuse, dont deux, c'est-à-dire 33 p. 100, avec guérison intégrale, et les quatre autres avec limitation plus ou moins considérable des mouvements.

Pour les formes suppurées, deux guérisons dont une avec retour complet de la mobilité sur quatre cas.

Au poignet, dans les formes fongueuses aussi bien que dans les formes suppurées, deux guérisons, dont une avec retour complet de la mobilité sur quatre cas.

Au poignet, dans les formes fongueuses, aussi bien que dans les formes suppurées, lesquelles étaient fistuleuses dans les deux cas que nous avons observés, nous avons obtenu la guérison dans toutes nos observations, avec intégrité des mouvements, sauf dans un cas.

Si nous récapitulons tous les chiffres précités, nous voyons que le résultat global de notre statistique s'exprime ainsi :

Nombre de cas observés : 65.

Guérison : 69 p. 100 dont :

Avec intégrité des mouvements.	26 p. 100
Avec limitation des mouvements	37 p. 100
Avec ankylose.	6 p. 100

III. — ANALYSE DES RÉSULTATS SUIVANT L'ÂGE

Nous ferons observer tout d'abord que notre statistique ne porte que sur des malades âgés de quinze ans au maximum.

L'âge moyen a été :

b) Pour les hydarthroses : huit ans et demi, avec deux ans et quatorze ans et demi comme âges extrêmes. Résultats : 80 p. 100 de guérison.

Il ne semble pas, d'après nos observations, que l'âge des sujets exerce une influence considérable sur l'efficacité du traitement dans cette forme.

c) Pour les formes fongueuses : six ans et demi avec treize mois et quatorze ans et demi comme extrêmes.

L'âge a, dans cette forme, une influence plus marquée sur les effets du traitement. C'est ainsi que, pour les enfants au-dessous de sept ans par exemple, le pourcentage de guérison s'élève à 92 p. 100, tandis qu'il n'atteint que 61,5 p. 100 pour les malades plus âgés.

c) Pour les formes suppurées : sept ans, avec deux ans et demi et treize ans et demi comme âges extrêmes.

Ici l'âge ne semble pas avoir une grande importance. En effet, si nous nous en rapportons à nos observations, nous voyons que le pourcentage des guérisons, au-dessus et au-dessous de sept ans, peut être considéré comme équivalent; il se trouve cependant un peu plus élevé pour les enfants plus âgés, 50 p. 100 contre 42 p. 100.

IV. — DURÉE DU TRAITEMENT

La durée moyenne du traitement a été :

Pour les hydarthroses, cinq mois ;

Pour les formes fongueuses, neuf mois ;

Pour les formes suppurées, sept mois ;

Si nous envisageons la durée du traitement par rapport à l'articulation atteinte, nous voyons que ce sont les arthrites du genou qui guérissent le plus lentement ; il faut quatorze mois en moyenne.

Viennent ensuite les arthrites tibio-tarsiennes, qui exigent environ six mois et demi ou sept mois.

Pour le coude, il suffit de quatre mois, de même que pour le poignet.

Il semble bien, en somme, que l'on gagne du temps par l'emploi des injections iodoformées. On est d'ailleurs frappé, à la lecture de certaines observations, par la rapidité parfois remarquable avec laquelle la glycérine iodoformée manifeste son action ; c'est ainsi que dans plusieurs cas nous avons vu des arthrites, datant de plusieurs mois, céder au traitement en quelques semaines, et parfois à la suite d'une seule injection.

CHAPITRE IV

Indications.

De l'exposé précédent il résulte, croyons-nous, que sans pouvoir, plus que tout autre, prétendre au rôle de traitement spécifique de la tuberculose articulaire, le traitement par les injections de glycérine iodoformée exerce néanmoins une action réellement efficace sur l'évolution de cette affection. Simple et inoffensif, du moins dans les conditions que nous avons exposées, il semble abaisser d'une façon appréciable la durée de l'immobilisation et permettre d'éviter plus facilement l'ankylose.

Nous ajouterons que depuis l'emploi méthodique de ce traitement dans son service, M. Nové-Josserand a dû beaucoup moins souvent qu'auparavant avoir recours à la résection.

Pour toutes ces raisons la conclusion générale sera, à notre sens, qu'on devra l'essayer de prime abord dans tous les cas d'arthrite tuberculeuse.

Il est nécessaire cependant d'apporter à cette conclusion quelques réserves, qui résultent de l'examen impartial des faits, et que nous allons nous efforcer de préciser.

I. — INDICATIONS SUIVANT L'ÂGE

Le traitement de la tuberculose articulaire, dit Hoffa (1), doit être avant tout conservateur jusqu'à la vingtième année, surtout opératoire après cette limite.

Cette formule claire et concise nous paraît résumer assez bien les grandes lignes de la conduite à suivre, dans l'état actuel de la question. En voici les raisons :

Chez l'enfant et chez l'adolescent au-dessous de la vingtième année, on sait bien que l'arthrite tuberculeuse n'est, dans la majorité des cas, que d'une gravité en somme atténuée; d'autre part, il n'y a guère d'inconvénient pour le malade, au point de vue des conditions sociales de son existence, à être immobilisé pendant le temps, souvent fort long, que nécessite la guérison.

Enfin et surtout, c'est chez les sujets de cet âge que, vu les troubles graves de la croissance qui peuvent en résulter, les opérations radicales, telles que les résections articulaires, doivent être le plus rares possible. C'est pourquoi, en présence d'un malade au-dessous de vingt ans, quelle que soit la forme d'arthrite observée, la meilleure ligne de conduite à suivre sera, croyons-nous, d'appliquer de parti pris le traitement par les injections de glycérine iodoformée.

(1) *Loc. cit.*

Chez l'adulte au contraire, la question est beaucoup plus complexe. En effet, outre que chez les malades de cette catégorie la tuberculose articulaire est bien plus grave et tend bien plus fréquemment que chez l'enfant à la suppuration de l'article et à la nécrose des extrémités osseuses, il faut encore faire la part de nécessités sociales qu'on ne saurait éluder. Bien peu de malades consentent à se soumettre avec la persévérance nécessaire à un traitement dont la durée n'est que bien rarement inférieure à deux ou trois ans, dans les cas les plus favorables.

Enfin, l'expérience a montré que les résections articulaires donnent chez l'adulte des résultats fonctionnels aussi bons, parfois meilleurs, en tout cas bien plus rapides que le traitement conservateur.

Notre opinion est donc que, dans les cas de cet ordre, les indications du traitement par les injections iodoformées seront bien plus restreintes, et que si, dans une circonstance donnée où, vu la bénignité apparente des lésions, on a cru devoir l'employer, une amélioration ne se produit pas dans les premières semaines, le mieux sera de ne pas s'y attarder trop, et de recourir à l'intervention, sans attendre que la cachexie ait fait son œuvre.

Il va sans dire que dans les cas où la multiplicité des lésions, l'existence de lésions viscérales graves, l'état cachectique trop avancé, contre-indiqueraient l'opération, les injections de glycérine iodoformée pourront constituer une part importante du traitement conservateur, seul indiqué en pareille occurrence.

II. — INDICATIONS SUIVANT LA FORME DE L'ARTHRITE

A. — Dans les formes à épanchement séreux et dans les formes fongueuses simples, l'indication est, à notre avis, uniforme. Il faut instituer le traitement par les injections iodoformées, le plus tôt possible et dans tous les cas, sous réserve des contre-indications que nous avons étudiées touchant l'âge du patient, sa condition sociale.

B. — Dans les formes qui s'accompagnent de suppuration ouverte ou fermée, nous avons vu, au chapitre précédent, que la glycérine iodoformée échouait souvent et que dans ce cas, il s'agissait toujours de lésions profondes des extrémités articulaires.

Cette question d'appréciation du degré des lésions osseuses a donc une grande importance. Il semble bien, d'après un certain nombre d'observations, que les lésions superficielles des os peuvent être influencées et guéries par les injections iodoformées; mais en va-t-il de même quand il s'agit de lésions intéressant les couches profondes des épiphyses? En d'autres termes, une arthrite tuberculeuse avec tubercules profonds, dégénérescence prononcée et à plus forte raison séquestres dans les extrémités articulaires, peut-elle guérir d'une façon définitive sans opération radicale?

Quelques auteurs, Henle, Dulac (1), dans sa thèse,

(1) DULAC : *Loc. cit.*

l'ont prétendu. Mais on est en droit de supposer que la récurrence est bien à craindre dans ces cas et, suivant l'opinion d'Ollier, on ne doit pas tenir la guérison ainsi obtenue pour une guérison de bon aloi. C'est cette opinion qui doit, à notre avis, prévaloir jusqu'à plus ample informé.

Il y aurait donc intérêt, et c'est ce qu'enseigne M. Nové-Josserand, à opérer d'emblée les malades atteints de lésions profondes des extrémités articulaires. Malheureusement le diagnostic précoce en est difficile.

La radiographie pourra rendre des services en faisant découvrir parfois un séquestre bien isolé; mais jusqu'ici, dans la plupart des cas, on n'a pu être amené au diagnostic que par la résistance de la maladie au traitement, et son aggravation continue.

B. — Des indications à suivre dans le traitement des arthrites sèches, nous ne dirons que fort peu de chose. Nous n'avons qu'une observation de cette catégorie, et encore le résultat en est-il douteux. Il semble cependant que dans les cas de cette nature il ne faille guère plus compter sur les injections iodé-formées que sur les autres éléments du traitement conservateur.

De toute cette étude il résulte que l'application du traitement de la tuberculose articulaire par les injections intra-articulaires de glycérine iodoformée pourra parfois donner lieu dans la pratique à quelques hésitations.

Mais celles-ci seront facilement levées si l'on a soin

de ne pas oublier que, dans cette question comme dans toute autre, il faut savoir être éclectique, subordonner son action aux faits nouveaux que révèle l'observation soigneuse du malade, et ne pas s'obstiner à traiter par des moyens uniformes des cas que la clinique révèle absolument disparates.

OBSERVATIONS

I. — Hydarthroses tuberculeuses.

OBSERVATION I (inédite). 8

Hydarthrose tuberculeuse du genou droit. — Guérison avec mouvements complets, se maintenant depuis trois ans.

B... Jos., deux ans et demi, entré salle Saint-Pierre, le 22 septembre 1899.

Pas d'antécédents héréditaires notables. Personnellement, une adénite suppurée opérée en juin dernier.

L'affection actuelle a débuté il y a un mois par de la température et de la douleur du genou droit.

A l'entrée. — L'examen montre que :

La jambe est un peu fléchie.

Les mouvements sont possibles, mais douloureux.

Pas de douleur spontanée.

Il n'y a ni raccourcissement, ni atrophie.

Le genou est tuméfié, les culs-de-sac sont distendus. Choc rotulien. Fluctuation.

26 septembre. — On fait quatre injections de glycérine iodoformée.

6 octobre. — Trois injections : une en dehors, une en dedans,

17 octobre. — Trois injections : deux en dessous, une en dessus de la rotule. Genouillère plâtrée.

8 février 1900. — L'enfant a gardé son plâtre pendant deux mois. Depuis, il marche librement, sans trop de peine. Actuellement, le genou a une apparence tout à fait normale ; ni épanchement, ni tuméfaction. Légère atrophie. Flexion et extension complète. Très légère claudication.

13 novembre 1902. — Le genou est absolument sain. Pas de différence avec le côté opposé. L'atrophie a disparu, aucune claudication.

20 mars 1903. — La guérison s'est maintenue intégralement.

OBSERVATION II (inédite).

Hydarthrose tuberculeuse du genou gauche. — Persistance de l'affection. — Interruption du traitement.

P... Eugénie, sept ans et demi, entrée salle Sainte-Amélie, le 2 octobre 1900.

Rien à noter dans les antécédents. L'affection a débuté, il y a quatre mois, par une chute, à la suite de laquelle est apparue de la douleur, mais sans aucune impotence.

Actuellement, pas de douleur. Les mouvements sont possibles et indolores ; pas de douleur à la pression. Le genou est légèrement tuméfié ; les culs-de-sac sont distendus par du liquide. Choc rotulien.

4 octobre. — Ponction dans le cul-de-sac sous-tricipital ; issue de liquide séreux avec quelques fongosités.

Injection de glycérine iodoformée (5 c.c.).

20 novembre. — Etat satisfaisant. Genouillère.

28 mars 1903. — La malade est revue. N'a fait aucun traitement pendant deux ans et demi. Epanchement qui distend le grand cul-de-sac. Fluctuation nette et choc rotulien. Pas d'attitude vicieuse. Atrophie légère ; mouvements conservés.

1^{er} avril 1903. — Ponction. Il s'écoule environ 30 grammes de sérosité ambrée.

Injection de glycérine iodoformée. Bandage plâtré.

OBSERVATION III (inédite).

Hydarthrose tuberculeuse du genou gauche. — Guérison (1).

R... Et., sept ans, entré salle Saint-Pierre, le 12 février 1901.
Rien à noter dans les antécédents.

L'affection a débuté il y a trois mois par de la douleur et de la claudication, qui ont augmenté depuis huit jours, au point que l'enfant a dû s'aliter.

A l'entrée, le genou gauche est globuleux. Epanchement net dans le grand cul-de-sac. Léger empâtement vers la tubérosité interne du tibia et vers la tête du péroné ; douleur à ce niveau à la pression. Adénite inguinale.

Flexion limitée à l'angle droit. Extension à peu près complète.

14 février. — Ponction. Injection de glycérine iodoformée (10 c.c.).

3 mai. — L'épanchement ne s'est pas reproduit. Légers mouvements de flexion. L'enfant soulève le talon.

15 mai. — On a laissé marcher l'enfant pendant dix jours. L'épanchement ne s'est pas reproduit. Persistance d'un très léger empâtement de chaque côté du ligament rotulien. La flexion se fait presque jusqu'à l'angle droit. Pas d'attitude vicieuse.

Nous n'avons pu obtenir des nouvelles de ce malade.

(1) Le malade n'a pas été revu depuis le 15 mai 1901.

OBSERVATION IV (inédite).

Hydarthrose tuberculeuse du genou droit. — Guérison avec mouvements presque complets, maintenue depuis un an et demi.

B... J., quatorze ans et demi, entré salle Saint-Pierre, le 18 mars 1901.

Rien à noter dans les antécédents.

L'affection actuelle a débuté il y a deux mois, sans gêne, ni claudication, par de la tuméfaction qui a augmenté progressivement, malgré le repos et l'application de topiques.

A l'entrée. — Epanchement volumineux, s'étendant sur la tubérosité interne du tibia ainsi que vers la tête du péroné.

20 mars 1901. — Ponction ; issue de 30 grammes de liquide clair. Il persiste une certaine augmentation de volume de l'extrémité supérieure du tibia.

Injection de glycérine iodoformée (8 c.c.). Plâtre.

Juillet 1901. — Nouvelle injection au niveau du condyle externe du tibia. Plâtre.

27 septembre. — Le genou est sec, sans trace d'épanchement, ni de fongosités. L'enfant soulève bien le talon.

18 octobre. — L'enfant marche avec une genouillère à armature métallique. Pas d'épanchement dans le grand cul-de-sac. Il existe un peu d'empâtement mou de chaque côté du ligament rotulien. Flexion d'une amplitude de 25° à 30° environ. L'enfant déclare que sa jambe devient plus forte.

17 mars 1903. — Le malade a quitté sa genouillère depuis trois mois. Il marche bien et fait des courses de 12 kilomètres. Le genou conserve une légère augmentation de volume qui est surtout manifeste autour de la rotule. Le reste du genou est sec, sans épanchement, ni fongosités, ni œdème.

L'extension est complète ; la flexion atteint 45°. Il persiste une atrophie considérable du triceps.

OBSERVATION V (inédite).

Hydarthrose tuberculeuse du genou, évoluant depuis neuf mois et traitée jusqu'ici par des vésicatoires, sans immobilisation. — Guérison.

F..., douze ans.

Mars 1901. — L'articulation contient un épanchement liquide assez abondant pour soulever la rotule et donner de la fluctuation nette dans les culs-de-sac. Les mouvements sont conservés dans leur intégrité. Pas de douleur. Gêne fonctionnelle à peu près nulle.

On fait une ponction au trocart. Evacuation d'un liquide séreux. Injection de 5 c.c. de glycérine iodoformée. Bandage plâtré laissé en place pendant trois mois. Ensuite, simple genouillère en cuir lacé, avec attelle métallique.

9 décembre 1901. — L'enfant est revue six mois environ après la fin du traitement. Le liquide ne s'est pas reproduit. L'articulation jouit de tous ses mouvements, et la guérison serait parfaite s'il ne persistait pas une atrophie assez prononcée encore du triceps.

Juin 1903. — Une lettre des parents de l'enfant nous apprend que la guérison s'est maintenue parfaitement. Le genou a tous ses mouvements ; il ne persiste qu'un certain degré d'atrophie.

II. — Formes fongueuses.

OBSERVATION VI (inédite).

Arthrite fongueuse du genou. — Guérison de l'arthrite. — Mort ultérieurement par méningite tuberculeuse.

M... Elise, onze ans et demi, entrée salle Sainte-Amélie, le 28 novembre 1899.

A noter dans les antécédents héréditaires que la mère est morte de tuberculose pulmonaire. Personnellement, fièvre typhoïde à six ans. En août 1898, pleurésie gauche, probablement tuberculeuse.

Début de l'affection du genou il y a trois mois par de petites douleurs passagères, exagérées par la marche, sans troubles fonctionnels. Depuis un mois, aggravation des douleurs et apparition de la tuméfaction articulaire.

Actuellement, on note :

De la douleur à la pression à la partie antéro-interne du genou, au niveau de la pointe de la rotule.

Pas d'hydarthrose.

De chaque côté de la pointe de la rotule, empâtement fongueux. Tuméfaction manifeste accusée par une différence de 1 centim. 1/2 avec le côté sain. Légère atrophie de la cuisse et de la jambe (1 centim.).

Troubles fonctionnels.— Claudication très prononcée. Flexion limitée à l'angle droit. L'extension semble à peu près normale.

1^{er} décembre 1899. — Deux injections de glycérine iodoformée, une de chaque côté de la rotule, au niveau de l'empâtement.

12 décembre. — Deux nouvelles injections. La malade part avec un plâtre.

11 mai 1900. — La malade est revue. Elle a tous ses mouvements. Elle va en somme bien, quoiqu'il existe encore un peu d'empâtement.

30 octobre. — La malade revient avec un genou volumineux, globuleux. Empâtement pseudo-fluctuant de chaque côté du ligament rotulien. Quelques fongosités dans le grand cul-de-sac. Extension complète. La flexion atteint à peine l'angle droit. Claudication légère. On fait une injection de glycérine iodoformée.

Mars 1903. — Les renseignements que nous avons pu recueillir nous ont appris que la malade avait complètement guéri de son arthrite. Le genou était ankylosé en extension. L'enfant

pouvait courir et s'amuser sans fatigue et marchait sans béquilles. Malheureusement elle a succombé en 1902 à une méningite tuberculeuse.

OBSERVATION VII (inédite).

Arthrite fongueuse du genou. — Persistance des lésions.

F... Ch., quatorze ans, entré salle Saint-Pierre, le 9 avril 1900.

Rien à noter dans les antécédents. L'affection actuelle a débuté il y a six mois insidieusement, sans traumatisme, par de la limitation des mouvements, sans douleur, ni claudication. Il y a un mois, augmentation de la limitation des mouvements et apparition de la douleur et de la claudication. Pas de douleur au repos.

Bon état général.

Actuellement, on note une tuméfaction globuleuse du genou, assez marquée. Empâtement mou de chaque côté du ligament rotulien s'étendant vers les condyles tibiaux, surtout l'interne.

Au niveau de la tête du péroné, tuméfaction marquée avec pseudo-fluctuation. Cul-de-sac sous-tricipital distendu modérément. Le creux poplité semble libre. La douleur est peu marquée à la pression, elle devient nette dans les mouvements de flexion.

L'extension est normale ; la flexion ne dépasse guère l'angle droit. Légère claudication.

13 avril. — Injection de glycérine iodoformée (6 c.c.) sur les côtés du tendon rotulien et au niveau de la tête du péroné.

6 août. — On fait des pointes de feu superficielles au niveau du tendon rotulien et de chaque côté de l'articulation. L'enfant part avec une genouillère.

Avril 1903. — L'enfant n'a pas été revu depuis le mois d'août 1900. Les renseignements obtenus des parents, par

lettre, nous apprennent que la lésion a continué son évolution. L'articulation est restée tuméfiée, l'enfant souffre et ne peut marcher.

OBSERVATION VIII (inédite).

Arthrite fongueuse du genou gauche. — Guérison avec ankylose.

M... Anna, quatorze ans et demi, entrée salle Sainte-Amélie le 20 août 1900.

Rien à noter dans les antécédents. L'affection actuelle a débuté il y a sept ou huit mois par de la raideur, de la fatigue survenant rapidement et de la douleur. Petit à petit, la jambe s'est fléchie. Il y a quelque temps, l'enfant a fait deux chutes successives sur le genou, à la suite desquelles est survenue de la tuméfaction ; la marche est devenue impossible sans béquilles.

Actuellement, le genou est globuleux. Les culs-de-sac sont empâtés. La jambe est demi-fléchie, les mouvements sont impossibles. Il n'y a pas de points douloureux, mais la traction sur la jambe est douloureuse. Adénite inguinale.

24 août 1900. — Injection de glycérine iodoformée. Redressement forcé et immobilisation dans un bandage plâtré.

5 janvier 1901. — On applique un nouveau plâtre.

Avril 1903. — La malade est revue. Il existe une déformation siégeant dans la partie juxta-épiphysaire supérieure du tibia, qui est infléchie. L'enfant se plaint de quelques douleurs aux changements de temps. L'ankylose est complète.

La malade marche bien et fait des promenades d'une heure.

OBSERVATION IX (inédite).

Arthrite fongueuse du genou droit. — Guérison.

B... Catherine, treize ans, entrée le 14 août 1900, salle Sainte-Amélie.

Antécédents inconnus.

L'affection actuelle a débuté il y a six ans par de la tuméfaction du genou, accompagnée d'une légère flexion et de raideur articulaire. A un moment donné même, la marche devint impossible. Tous les ans, pendant l'hiver, la raideur a réapparu, mais sans empêcher la marche. Il y a trois mois, l'enfant a fait une chute, à la suite de laquelle la douleur, la raideur et l'impotence ont réapparu.

Actuellement, on note : une légère flexion de la jambe. L'extension complète est impossible, la flexion est très limitée. Le genou est globuleux. Il n'y a pas d'hydarthrose, mais les culs-de-sac et le pourtour de l'articulation sont gonflés par des fongosités.

Ganglions inguinaux.

Atrophie notable de la jambe malade.

Pas de points douloureux.

On met la jambe en extension continue.

10 septembre. — L'extension est devenue plus complète. On fait une injection de glycérine iodoformée (5 c.c.) en cinq points différents, autour de la rotule.

6 octobre. — Injection de 6 c.c. en cinq points différents autour de la rotule. Extension et plâtre.

22 janvier 1901. — On renouvelle le plâtre.

22 mai. — L'extension est complète. Le genou est toujours tuméfié ; on sent une masse fongueuse au-dessous et en dedans de la rotule.

25 mai. — Injection de 6 c.c. autour de la rotule. Plâtre.

17 septembre. — Le genou est sec, il n'y a plus de fongosités, mais un empâtement diffus, dû à l'immobilisation. Il y a quelques légers mouvements de flexion. L'enfant lève bien le talon et frappe avec force.

19 octobre. — L'enfant part avec un tuteur.

Avril 1903. — Nous avons eu par lettre des nouvelles de l'enfant. Elle va très bien. Le genou est absolument sec, il n'y a aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée. Les mouvements sont très limités, il y a cependant un peu de flexion. L'enfant

néanmoins se sert de sa jambe parfaitement, travaille toute la journée et ne se plaint jamais. Il existe à la cuisse et à la jambe un peu d'atrophie (1 centim. environ).

OBSERVATION X (inédite).

Arthrite fongueuse du genou gauche. — Guérison.

P... Blanche, cinq ans et demi, entrée le 17 mai 1901, salle Sainte-Amélie.

Rien à noter dans les antécédents. Il y a deux ans, l'enfant a fait une chute et s'est fait une entorse du genou, suivie de tuméfaction avec claudication. Celle-ci a persisté un mois, puis pendant dix-huit mois l'enfant n'a plus boité, mais la tuméfaction persistait. Depuis deux mois réapparition des douleurs. Impotence fonctionnelle.

A l'entrée. — On remarque que la jambe gauche est immobilisée à angle droit. La flexion et l'extension sont impossibles. Le genou est globuleux, les extrémités osseuses sont élargies.

Douleur à la pression autour de la rotule et sur la face externe de l'articulation. Empâtement de chaque côté du ligament rotulien ; pas de choc rotulien.

20 mai 1901. — On met la jambe en extension continue.

1^{er} juin. — On immobilise la jambe dans un plâtre.

25 septembre. — Il y a toujours de la tendance à la flexion. Le genou est douloureux et légèrement empâté de chaque côté de la rotule. L'enfant ne peut soulever le talon.

28 septembre. — On fait une injection de glycérine iodoformée (3 c.c.), dans la grande cavité articulaire. Plâtre et extension.

10 janvier 1902. — La jambe est en flexion à environ 30° ; le genou est à peu près sec, sauf un peu d'empâtement pseudo-fluctuant, en dehors du ligament rotulien. L'enfant peut soulever le talon et frapper. Il y a quelques légers mouvements de flexion et d'extension.

11 janvier. — Injection dans la partie tibiale de l'articulation. Redressement et plâtre.

3 mai. — L'extension est complète. A la sortie du plâtre, la flexion ne s'est pas reproduite. La tuméfaction a diminué.

20 septembre. — La flexion s'est un peu reproduite. Il persiste une certaine tuméfaction du genou, surtout dans la partie tibiale et en dehors du ligament rotulien, où existe un point pseudo-fluctuant très net. Toujours quelques légers mouvements.

27 septembre. — Injection de 3 c.c. du côté externe de la rotule. Plâtre.

15 janvier 1903. — Flexion très légère. Le genou est sec, sauf un peu d'œdème de chaque côté du ligament rotulien. L'enfant lève le talon et frappe avec force.

Mouvements d'une amplitude de 5°. On fait une genouillère plâtrée.

Avril 1903. — De suite après l'ablation du plâtre, il n'y a presque pas de flexion, mais un léger genu valgum, dû probablement à ce que l'enfant a beaucoup marché avec son plâtre. Le genou est parfaitement sec.

Il existe des mouvements d'une amplitude de 10° à 20°.

OBSERVATION XI (inédite).

Arthrite fongueuse du genou. — Suppuration secondaire. — Résection.

B... Eugène, sept ans et demi, entré salle Saint-Pierre, le 20 octobre 1900.

A noter dans les antécédents que l'enfant a eu successivement, il y a trois ans, une bronchite, la coqueluche et la rougeole.

L'affection actuelle a débuté il y a quinze mois par de la douleur. Cette douleur a augmenté depuis quelque temps : la jambe s'est atrophiée. Le petit malade ne peut presque plus marcher.

A l'entrée. — On remarque que le genou est globuleux, surtout en dedans. Il n'y a pas d'épanchemnt. Le grand cul-de-sac est bourré de fongosités ; on en trouve aussi à la face interne de l'articulation, au niveau de l'interligne.

L'extension et la flexion sont limitées.

20 octobre. — On fait une injection de glycérine iodoformée. Bandage plâtré pendant deux mois.

12 février 1901. — Le genou est à 'peu près sec ; il n'y a ni épanchement, ni fongosités dans le grand cul-de-sac. Un peu d'empâtement encore, de chaque côté du ligament rotulien. L'extension n'est pas tout à fait complète. La flexion atteint à peine l'angle droit. On fait un nouveau bandage plâtré.

15 mai. — Le genou est sec. L'enfant ne souffre pas et marche.

Septembre. — L'enfant va bien ; il part avec une genouillère.

6 mars 1902. — En janvier, l'enfant a recommencé à souffrir du genou. Celui-ci est légèrement fléchi, volumineux, globuleux, avec un épanchement considérable, très douloureux.

7 mars 1902. — Résection du genou. On trouve un gros abcès dans le grand cul-de-sac, contenant du pus franc, avec une synoviale épaissie, ressemblant plus à une arthrite suppurée ordinaire qu'à de la tuberculose. Il y a un autre abcès, le long de la tubérosité interne du tibia. L'os est atteint d'ulcérations superficielles, mais le noyau épiphysaire paraît sain. L'examen histologique y décèle cependant l'existence de nombreux tubercules à tous les stades, sauf celui de la caséification.

OBSERVATION XII (Inédite).

Ostéo-arthrite fongueuse du genou gauche. — Résection secondaire.

J... Georges, cinq ans et demi, entré salle Saint-Pierre le 10 novembre 1900.

Rien à noter dans les antécédents.

Le début de l'affection actuelle remonte à un mois. A ce moment quelques douleurs.

A l'entrée. — On constate que l'articulation semble renfermer du liquide ; on perçoit une fausse fluctuation, le choc rotulien existe. On note un point douloureux au niveau du condyle interne du tibia.

14 décembre. — L'enfant, qui était parti chez lui, revient. On lui applique un pansement compressif.

14 mai 1901. — L'enfant est sorti en janvier paraissant aller bien. Il revient avec les signes d'une arthrite évidente. Le genou est fléchi à angle droit ; il y a de la tuméfaction de chaque côté du ligament rotulien. Pas d'épanchement dans la synoviale.

Redressement facile sous anesthésie. Plâtre.

23 juillet. — Redressement. Injection de glycérine iodoformée. Plâtre.

7 octobre. — Le genou est assez sec, sans épanchement et même sans fongosités. On note seulement une sorte d'épaississement adipeux de chaque côté du ligament rotulien. Il y a encore une flexion telle que le creux poplité est encore à 5 centimètres du plan du lit.

Redressement. Plâtre. Pas d'injection.

22 janvier 1902. — Depuis le mois d'octobre, l'enfant a souffert continuellement jour et nuit. Etat général assez peu atteint. Du côté du genou on note une aggravation manifeste ; il est fléchi à 135° environ, très tuméfié et très douloureux ; le grand cul-de-sac, la région de l'interligne de chaque côté sont remplis de fongosités très abondantes.

25 janvier. — Résection du genou. Un peu de pus et d'abondantes fongosités. L'épiphyse fémorale est ramollie, jaunâtre, sans caséification nette. L'épiphyse tibiale présente des tubercules sous-chondriques, avec ramollissement et décollement du cartilage sur le plateau interne.

OBSERVATION XIII (inédite).

Arthrite fongueuse du genou droit. — Guérison.

B..., âgée de neuf ans.

Il y a quatre ans, à la suite d'une chute, le genou droit commença à enfler. Les troubles fonctionnels furent d'abord peu accentués, et on ne fit aucun traitement régulier. Mais peu à peu les douleurs s'accrochèrent et la marche devint de plus en plus difficile, malgré un séjour au lit ayant duré six mois.

13 juillet 1901. — On note une tuméfaction diffuse du genou droit, qui est en légère flexion ; l'articulation est douloureuse au point d'empêcher la marche, et de ne tolérer que de très faibles mouvements. Le palper montre qu'il n'y a pas d'épanchement liquide, mais un œdème assez accentué des tissus péri-articulaires et dans le grand cul-de-sac, des fongosités molles.

Sous anesthésie on fit une injection intra-articulaire de glycérine iodoformée, suivie de l'application d'un bandage plâtré.

Le bandage et les injections furent renouvelés deux fois, à des intervalles de trois mois. Au total, trois injections et onze mois d'immobilisation.

8 septembre 1902. — Depuis environ deux mois et demi, le membre est libre, maintenu par une simple genouillère en peau. L'enfant a commencé à marcher ; elle le fait volontiers, et de mieux en mieux. Le genou n'est pas tuméfié, à part un peu d'œdème de chaque côté du ligament rotulien, mais il présente un peu de flexion. Les mouvements sont nuls.

3 octobre 1902. — La marche est de plus en plus facile. L'œdème a disparu, et la flexion s'est légèrement réduite.

16 mars 1903. — Le genou est sec, sans œdème, et sans aucune tuméfaction. L'extension est maintenant complète, et on obtient des mouvements de flexion, dans une amplitude de 20°. L'enfant marche de mieux en mieux ; elle a fait récemment une promenade d'une heure et demie. Elle porte toujours sa ge-

nouillère, mais le soir, après l'avoir quittée, elle cherche à assouplir son articulation avec prudence.

4 juin 1903. — Le genou reste sec ; la bonne position se maintient ; la flexion se fait jusqu'à 45°. Le membre a repris une force presque normale, et la démarche ne présente plus qu'un peu de raideur.

OBSERVATION XIV (inédite).

Arthrite fongueuse du genou droit. — Guérison.

M... Louise, cinq ans, entrée salle Sainte Amélie, le 15 mai 1901.

A noter, dans les antécédents, un frère atteint de coxalgie.

L'affection actuelle a débuté, il y a dix-huit mois, par une légère tuméfaction, avec claudication. On a fait des pointes de feu, et appliqué une genouillère plâtrée, pendant trois semaines. Depuis l'enfant a continué de marcher sans souffrir. Depuis un an, le genou a beaucoup grossi.

A l'entrée. — On note que le genou est globuleux ; il n'y a pas d'épanchement. La tuméfaction est surtout accusée de chaque côté du ligament rotulien. Les extrémités osseuses sont augmentées de volume. Il n'y a pas de douleur à la pression.

La jambe est en flexion à 145° ; celle-ci peut être conduite jusqu'à l'angle droit. Il existe un léger degré de genu valgum.

18 mai. — On fait l'extension forcée de la jambe, qui est immobilisée dans une gouttière plâtrée.

23 mai. — La malade prend la diphtérie et passe au service d'isolement.

23 juillet. — La jambe est mise en extension continue.

5 septembre. — La jambe est en flexion à 145° environ, pouvant être poussée jusqu'à l'angle droit. Le genou est globuleux ; il n'y a pas d'épanchement dans le grand cul-de-sac. Empâtement fongueux, pseudo-fluctuant, autour de la rotule, dans sa moitié supérieure.

On ne fait pas d'injection. Redressement sous anesthésie. Immobilisation dans un plâtre.

3 février 1902. — Le plâtre a été enlevé vers le milieu de janvier. Actuellement le genou est fléchi à 30°, légèrement tuméfié. Il n'y a rien dans le grand cul-de-sac, mais on trouve de l'empâtement de chaque côté du ligament rotulien.

7 février. — On fait une injection de glycérine iodoformée. Redressement et plâtre.

16 mai. — La flexion ne s'est pas reproduite après l'ablation du plâtre. Il y a toujours un peu d'empâtement de chaque côté du ligament rotulien. Légère déformation par inflexion du tibia, dans sa région juxta-épiphysaire supérieure.

23 mai. — Injection de glycérine iodoformée. Plâtre.

16 septembre. — Il existe une très légère flexion. L'articulation est sèche, avec seulement un très léger empâtement de chaque côté du ligament rotulien. L'enfant lève bien le talon et frappe bien. Légère tendance au genu valgum.

18 septembre. — Injection. Plâtre.

23 décembre. — Très légère flexion. — Quelques légers mouvements de flexion.

31 mars 1903. — Il n'y a pas trace de récurrence. Il persiste une légère attitude en flexion. Il y a quelques légers mouvements, d'une amplitude de 10°.

5 mai 1903. — L'enfant est revue. On ne trouve qu'une légère attitude en flexion.

OBSERVATION XV (inédite).

Arthrite fongueuse du genou gauche. — Guérison (1).

J... Victor, trois ans et demi, entré salle Saint-Pierre, le 11 juillet 1901.

Rien à noter dans les antécédents.

L'affection actuelle semble avoir débuté, il y a quinze jours, par de la douleur dans le genou. La marche est devenue impossible. Tuméfaction.

A l'entrée. — On note que le genou est globuleux ; les extré-

(1) L'enfant n'a pu être reçu depuis le 19 septembre 1902.

mités osseuses sont très élargies. Points douloureux le long de l'interligne. Fongosités dans les culs-de-sac ; pas de liquide.

Le genou est en flexion à 40°. Les mouvements actifs et passifs sont très douloureux et impossibles.

17 juillet. — Redressement. Plâtre.

18 septembre. — On enlève le plâtre ; la position correcte paraît se maintenir ; il n'y a pas d'épanchement, pas de fongosités. On laisse l'enfant marcher pendant quelques jours.

28 septembre. — Il s'est reproduit un peu de flexion, et le genou s'est sensiblement tuméfié.

2 octobre. — On fait une injection de glycérine iodoformée (4 c.c.). Redressement et plâtre.

20 décembre. — La flexion s'est reproduite, dès la sortie du plâtre. Il n'y a presque pas de tuméfaction ; on ne sent ni épanchement, ni fongosités, pas même d'empatement périarticulaire. On peut arriver à l'extension complète, mais il y a toujours de la tendance à la flexion. On fait un plâtre.

13 mars 1902. — La position vicieuse ne s'est pas reproduite ; le genou est complètement sec. On fait encore un bandage plâtré.

2 juin. — Le plâtre est enlevé depuis dix jours ; on a laissé marcher l'enfant ; il y a un léger épaissement des tissus péri-articulaires ; cependant le genou paraît sec ; il n'y a pas d'attitude vicieuse ; la flexion va presque jusqu'à l'angle droit.

16 juin. — On fait un nouveau plâtre.

4 septembre. — Le genou est sec ; il n'y a pas d'attitude vicieuse. La rotule n'est pas soudée. La flexion se fait jusqu'à l'angle droit. La guérison paraît complète.

19 septembre. — L'enfant part avec une genouillère.

OBSERVATION XVI (inédite).

Arthrite fongueuse du genou gauche. — Guérison (1).

B... Jos., neuf ans et demi, entrée salle Sainte-Amélie, le 28 janvier 1901.

(1) L'enfant n'a pas été revue depuis le 3 novembre 1902.

Rien à noter dans les antécédents. L'affection actuelle a débuté, en septembre 1900, par de la tuméfaction, avec légère douleur à la pression, sans impotence fonctionnelle.

A l'entrée, on constate de la tuméfaction siégeant de chaque côté du ligament rotulien et vers la tubérosité interne du tibia. Augmentation de volume des condyles fémoraux et du plateau tibial. Pas de fluctuation.

La pression est douloureuse au niveau de l'interligne, surtout en dedans.

La flexion est limitée à l'angle droit.

L'extension est complète.

2 février. — On fait une injection de glycérine iodoformée (3 c.c.) en quatre points autour de la rotule.

22 mai. — Le genou est peu tuméfié. Cependant, il y a toujours de l'empâtement de chaque côté du ligament rotulien, et de la boursouffure de la synoviale, le long de l'interligne. Il n'y a pas d'épanchement, pas d'attitude vicieuse.

5 septembre. — Il n'y a plus de tuméfaction, sauf une masse fongueuse, qui apparaît dans la flexion, le long du bord interne du ligament rotulien, avec fausse fluctuation. Le reste du genou est complètement sec. L'enfant lève le talon et frappe sur la main sans souffrir. Il n'y a pas de position vicieuse.

6 septembre. — On fait une injection de glycérine iodoformée (3 c.c.), dans la masse fongueuse sus-indiquée. Gouttière plâtrée.

30 décembre. — L'enfant va très bien. Le genou est sec ; cependant il y a toujours un point un peu mou et pseudo-fluctuant, vers le bord interne du ligament rotulien.

17 mars 1902. — On ne trouve ni tuméfaction, ni épanchement, ni position vicieuse. La flexion se fait jusqu'à 150°. L'enfant marche bien, avec une genouillère.

15 juillet. — L'enfant va très bien. Le genou est sec, quoique un peu plus gros que l'autre. Le malade porte toujours sa genouillère et marche.

3 novembre. — L'enfant va toujours bien ; il a pu faire une marche de 12 kilomètres. Les méplats sont toujours moins ac-

centués que sur le genou opposé, mais cependant l'articulation est sèche.

La flexion se fait à 150° ; l'extension est complète.

Il existe un certain degré d'atrophie, qui atteint trois centimètres à la cuisse.

OBSERVATION XVII (inédite).

Arthrite fongueuse du genou gauche. — Interruption précoce du traitement. — Suppuration secondaire.

L... Marie, quatre ans et demi, entrée salle Sainte-Amélie, le 17 juillet 1901.

On n'a pas de renseignements sur les antécédents et sur le début de l'affection.

A l'entrée. — On note un léger empâtement du genou, avec un peu d'hydarthrose. Les mouvements de flexion et d'extension sont légèrement limités.

23 juillet. — On fait une injection de glycérine iodoformée. Redressement. Plâtre.

16 octobre. — Le genou est un peu empâté. Le liquide a disparu. Il n'y a pas d'attitude vicieuse. L'enfant lève bien le talon, mais hésite à frapper fort sur la main. Plâtre.

22 janvier 1902. — Un peu de flexion ; le creux poplité est à cinq centimètres du plan du lit. Le grand cul-de-sac est libre, mais il y a un peu d'empâtement de chaque côté du ligament rotulien. On trouve une petite masse fongueuse, pseudo-fluctuante, en dehors, au-dessus de la tête du péroné.

23 janvier. — On fait une injection de glycérine iodoformée dans la partie externe de l'articulation. Redressement et plâtre.

19 mai 1903. — Le traitement a été interrompu. L'enfant a eu une série d'abcès qui ont laissé des cicatrices déprimées en dedans et en dehors de l'extrémité inférieure du fémur. Ces fistules sont actuellement taries. Le genou est fléchi à angle

droit. Augmentation de volume, surtout par épaissement des os. Pas d'épanchement. Mouvements nuls.

20 mai. — Sous anesthésie la position en flexion s'est corrigée presque spontanément jusqu'à 45°. Au delà on sent une forte traction du tendon du biceps, dont la rétraction tend, de plus en plus, à porter la jambe en genu valgum.

Après la ténotomie de ce tendon à ciel ouvert, le redressement peut être conduit plus loin, mais sans arriver à être complet. On fait un plâtre prenant le bassin, et fixant le genou dans une légère attitude en flexion (20°).

OBSERVATION XVIII (inédite).

Arthrite fongueuse ancienne du genou. — Guérison.

B... Louise, onze ans, entrée salle Sainte-Amélie, le 12 novembre 1901.

La malade a été atteinte d'une arthrite tuberculeuse du genou, à deux ans. Elle a porté des silicates pendant six ans. Elle a fait trois séjours à Giens, sans appareil. L'affection a récidivé, il y a un an ; on a fait un nouveau silicate. Améliorée l'enfant est repartie à Giens ; elle en est revenue, marchant bien. Nouvelle récive, à la suite d'une chute ; la marche devient plus difficile, et la jambe se fléchit. On fit un appareil orthopédique.

Etat actuel. — Flexion à environ 145°, avec un léger genu valgum. Atrophie très marquée. Il existe un peu d'empatement dans le grand cul-de-sac.

La flexion se fait jusqu'à l'angle droit. Après quelques jours de repos, les douleurs disparaissent ; l'enfant sort, conservant de la flexion.

26 juin 1902. — La malade revient. Elle perd ses forces. Elle ne peut soulever le talon. Il y a toujours un peu d'empatement dans le grand cul-de-sac, et sur la face externe du condyle externe. Plâtre.

13 septembre. — Le plâtre est enlevé depuis quinze jours. La jambe s'est remise en flexion à environ 150°. Il n'y a pas de tuméfaction ; cependant il existe une masse pseudo-fluctuante en avant du condyle externe.

15 septembre. — On fait une injection de glycérine iodoformée. Plâtre de correction.

6 avril 1903. — Le bandage a été enlevé pendant un séjour à Giens, fin décembre. Depuis, l'enfant marche avec un tuteur. Le genou est en bonne position, avec un peu de genu valgum, toutefois sans flexion. Toujours un peu d'empâtement sur le condyle externe. Lève bien la jambe et frappe du talon.

28 mai. — Actuellement légère flexion. Genou parfaitement sec. Les mouvements sont réduits à une amplitude d'environ 10°.

OBSERVATION XIX (inédite).

Arthrite fongueuse du genou droit. — Guérison.

A... Alexandre, deux ans, entré salle Saint-Pierre, le 4 novembre 1901.

Rien à noter dans les antécédents. Il y a un an, l'enfant a eu de la diarrhée. Depuis cette époque, le genou droit est malade. L'enfant n'a jamais ressenti de douleur. Il a toujours marché. Tuméfaction progressive et claudication.

A l'entrée. — La jambe est en légère flexion (150°). L'extension complète est impossible. La flexion est presque complète. Les mouvements ne sont pas douloureux.

Le genou est globuleux ; les extrémités osseuses sont très élargies ; il n'y a pas d'épanchement, mais la synoviale paraît tuméfiée, le long de l'interligne articulaire ; il y a quelques petits ganglions à la racine du membre. Il existe un léger degré de genu valgum, avec saillie un peu exagérée du condyle interne.

Atrophie marquée de la cuisse et du mollet.

9 novembre. — On fait une injection de glycérine iodoformée (3 c.c.). Redressement. Plâtre.

22 janvier 1902. — Le plâtre est enlevé depuis huit jours. La tuméfaction a à peu près disparu. Il n'y a plus d'épaississement synovial. Encore un peu de flexion. Toujours un peu de tendance au genu valgum. Nouveau plâtre.

1^{er} avril. — Le plâtre est enlevé depuis huit jours. Il n'y a plus de tuméfaction, sauf un léger empâtement sur le bord externe du ligament rotulien. Très légère tendance à la flexion. Plâtre.

2 juin. — Le plâtre est enlevé depuis huit jours. L'enfant a marché beaucoup. Pas d'attitude vicieuse. Le genou a son aspect normal. Les mouvements sont à peu près complets.

Mai 1903. — Les renseignements fournis par les parents nous apprennent que la guérison est aujourd'hui parfaite. L'enfant a tous ses mouvements et marche sans fatigue.

OBSERVATION XX (inédite).

Arthrite fongueuse du genou. — Guérison. — Ankylose en flexion à 45°.

F... Emma, quatre ans, entrée salle Sainte-Amélie, le 2 décembre 1901.

L'affection a débuté, il y a deux ans, à la suite de la rougeole. par des douleurs qui ont duré deux ou trois jours, très violentes, et ont cessé, en même temps qu'apparaissait de la tuméfaction avec flexion.

Etat actuel. — Le genou est fléchi à angle droit ; il conserve quelques légers mouvements, qui ne semblent pas être douloureux. Il existe de la tuméfaction, due en grande partie à l'élargissement des extrémités osseuses. Cependant on note, sur la face externe du condyle externe, et sur la face antérieure de la tubérosité tibiale, deux bosselures molles, sans sensation nette de fongosités.

9 janvier 1902. — Redressement sous anesthésie. Plâtre.

1^{er} mai. — La flexion s'est reproduite à 145°, avec ten-

dance à la subluxation du tibia en arrière. Le genou est très empâté. On a une sensation de pseudo-fluctuation de chaque côté du ligament rotulien, et dans le grand cul-de-sac.

10 mai. — Redressement sous anesthésie. Plâtre.

12 septembre. — La flexion s'est reproduite, après l'ablation du plâtre (135°). Le genou est volumineux, fluctuant ; il y a un peu de subluxation en arrière.

Redressement sous anesthésie. On fait deux injections de glycérine iodoformée, l'une dans le grand cul-de-sac, l'autre dans la partie tibiale de l'articulation. Immobilisation dans un plâtre, prenant le bassin.

31 décembre. — Le plâtre est enlevé depuis quatre jours. La flexion ne s'est pas reproduite. Le genou est sec, paraissant guéri. Cependant l'enfant ne peut soulever le talon. Il existe une déformation considérable. On voit, au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, une dépression brusque, qui doit correspondre à une déformation angulaire, à sommet postérieur, de la région juxta-épiphysaire.

Il y a quelques légers mouvements dans l'articulation.

Février 1903. — On fait un nouveau plâtre.

28 avril 1903. — Le plâtre a été coupé par les parents. L'enfant revient avec un genou en flexion à 45° avec persistance de l'inflexion juxta-épiphysaire du tibia. Le genou est absolument sec, sans épanchement, ni fongosités. Les mouvements sont à peu près nuls. La rotule paraît soudée. On fait un tuteur, en se proposant de faire, dans six mois, une ostéotomie sus-condylienne du fémur.

OBSERVATION XXI (inédite).

Arthrite fongueuse du genou. — Guérison. — Ankylose incomplète.

P... Madeleine, six ans, entrée salle Sainte-Amélie, le 8 janvier 1902.

A noter dans les antécédents que la mère est morte de tuberculose pulmonaire.

L'affection actuelle a débuté il y a un mois.

Actuellement le genou est peu tuméfié ; il est en flexion, à environ 20°. La flexion peut être portée jusqu'à l'angle droit. Il existe des masses fongueuses dans le grand cul-de-sac, et de chaque côté du ligament rotulien.

11 janvier. — On fait une injection de glycérine iodoformée (3 c.c.), dans la partie tibiale de l'articulation. Redressement et plâtre.

26 mai. — La flexion s'est reproduite à environ 45°. Le genou est sec, à part un peu d'œdème de chaque côté du ligament rotulien et le long de l'interligne, en dehors. On ne sent aucun empatement dans l'articulation. Il y a quelques légers mouvements d'extension et de flexion.

27 mai. — Injection. Plâtre.

28 avril 1903. — L'enfant a été perdue de vue pendant onze mois ; mais elle est restée immobilisée pendant tout ce temps, dans un bandage plâtré, qui a été renouvelé chez elle.

Actuellement, il n'existe pas d'attitude vicieuse ; le genou est sec, et ne présente même pas d'œdème ; il est en rectitude. L'articulation exécute de légers mouvements de flexion, et la rotule n'est pas soudée. L'enfant soulève bien la jambe, et frappe du talon avec force. Il y a un peu d'allongement de la jambe droite, environ 2 centimètres, qui doit porter sur le fémur.

OBSERVATION XXII (inédite).

Arthrite fongueuse du genou gauche. — Guérison.

R... Marie, trois ans, entrée salle Sainte-Amélie, le 17 août 1901.

Rien à noter dans les antécédents.

L'affection a débuté en janvier 1901, par une chute ; le genou a porté sur une pierre. Pas d'impotence consécutive, mais un mois après, le genou a commencé à se tuméfier.

A l'entrée. — Genou globuleux. Elargissement des surfaces articulaires. Le genou est encore mobile. L'extension complète est impossible. La flexion est complète. Pas d'épanchement.

L'enfant part sans traitement.

15 octobre. — L'enfant revient. Epanchement abondant. Extension et flexion incomplètes.

17 octobre. — Injection de glycérine iodoformée (3 c.c.). Plâtre.

5 février 1902. — Le genou est en bonne position. Il n'y a plus de liquide. Empâtement léger de chaque côté du ligament rotulien.

6 février. — Injection de glycérine iodoformée. Plâtre.

22 avril. — Il n'y a plus rien dans le grand cul-de-sac. Empâtement léger de chaque côté du ligament rotulien.

6 octobre. — L'enfant est restée, par la négligence des parents, sans traitement pendant cinq mois. Elle allait assez bien; mais il y a huit jours, elle a fait une chute, à la suite de laquelle le genou est devenu douloureux et la marche impossible.

Actuellement, le genou est fléchi légèrement (155°). Il est légèrement tuméfié, surtout dans sa partie tibiale. Empâtement œdémateux, plus marqué en dehors du ligament rotulien. La flexion est possible jusqu'à l'angle droit. Extension impossible.

21 octobre. — La compression et l'extension continue ont fait disparaître l'attitude vicieuse et la douleur. La flexion est possible jusqu'à l'angle droit. L'extension est complète. Un peu d'épaississement de la synoviale de chaque côté du ligament rotulien.

28 octobre. — L'enfant marche difficilement, à l'aide d'une chaise. Légère flexion.

29 octobre. — Injection de glycérine iodoformée. Plâtre.

15 janvier 1903. — Le plâtre est enlevé depuis quatre jours. La flexion ne s'est pas reproduite. Le genou est sec ; on trouve seulement un peu d'œdème sur le bord externe du ligament rotulien. On laisse marcher l'enfant.

3 février. — Très légère flexion. Un peu d'œdème péri-rotulien.

6 février. — La jambe est complètement étendue. Encore un peu d'œdème périrotulien. Simple bandage plâtré.

21 mai 1903. — L'enfant est sortie du plâtre depuis huit jours ; elle marche, mais avec une certaine difficulté. Encore un certain épaississement de la synoviale, sans épanchement et retour d'un très léger degré de flexion.

OBSERVATION XXIII

(Bois, thèse de Lyon, 1900.)

Arthrite fongueuse du coude gauche. — Guérison.

M... Julianne, deux ans et demi. Pas d'antécédents héréditaires.

Personnellement, s'est fait une luxation du coude il y a quatre mois ; elle a été soignée par un rhabilleur. Depuis ce moment, son coude est toujours un peu tuméfié. La tuméfaction aurait surtout augmenté depuis trois semaines.

27 avril 1899. — Actuellement, l'état local est le suivant. Tuméfaction du coude surtout entre l'épicondyle et l'olécrâne, rénitente. Les mouvements sont tous possibles ; seule l'extension est légèrement limitée. La peau est normale.

On fait une injection intra-articulaire de glycérine iodoformée.

29 avril. — Nouvelle injection.

3 mai. — La supination est limitée à la moitié environ de sa course. La tuméfaction a diminué.

Nouvelle injection.

3 octobre. — Il y a deux jours, traction involontaire sur le bras malade, à la suite de laquelle la malade accuse de la douleur limitée à l'articulation du coude. En même temps il survient de la tuméfaction diffuse de l'articulation.

La flexion est normale, l'extension un peu limitée, la supination presque complètement abolie.

Pas de douleur à la palpation.

L'examen montre qu'il n'y a pas de luxation.

13 octobre. — La douleur a totalement disparu. La supination reste toujours très limitée.

13 décembre. — Le coude est parfaitement revenu à l'état normal, tant au point de vue du volume que des mouvements. ceux-ci sont absolument intacts, avec une limitation presque insensible de l'extension et de la flexion.

Etat excellent. La malade se sert de son bras pour tous usages.

12 mars 1903. — Il n'y a plus de limitation des mouvements dans aucun sens. Pas d'hyperostose. Cependant le bord externe de l'humérus est un peu épaissi. La saillie de l'olécrâne paraît un peu moins nette qu'à droite.

OBSERVATION XXIV

(Thèse de Bois, Lyon, 1900.)

Arthrite fongueuse du coude gauche. — Guérison.

Cl... Robert, trois ans et demi, entré salle Saint-Pierre, le 4 août 1899.

Mère atteinte de tuberculose pulmonaire. Une sœur morte de la même affection. Né à sept mois, jusqu'ici rien de particulier.

L'affection actuelle remonterait à quinze jours. Au réveil du petit malade, on s'aperçut que le coude gauche était tuméfié. Douleurs spontanées, exagérées par les mouvements. L'extension est impossible. Un médecin consulté croit à une luxation, et fait des tentatives de réduction, à la suite desquelles apparaissent de violentes douleurs.

Actuellement on constate l'état suivant : Tuméfaction diffuse du coude, surtout marquée au niveau de la tête radiale. Distension du cul-de-sac postérieur avec sensation de pseudo-fluctuation.

Flexion et extension limitées à une amplitude de 15° à 20° Supination et pronation très limitées aussi, main en pronation. Pas de douleur, ni spontanée, ni provoquée.

Rétraction du muscle long supinateur. Bon état général, pas de ganglions. On fait deux injections de glycérine iodoformée. Elles déterminent une douleur assez forte.

13 août. — Deux nouvelles injections, attelle plâtrée. Membre en demi-flexion, demi-pronation. Le malade part chez lui.

9 décembre. — On note que la tuméfaction a presque complètement disparu ; la tête du radius est nettement perceptible. Audessus d'elle, en arrière, à la face postérieure du condyle, on sent un certain épaissement de la synoviale, qui donne une sensation de consistance dure, ne donnant en rien la sensation de fongosités. Le reste de l'articulation est complètement net. La flexion ne dépasse pas l'angle droit ; l'extension ne se fait guère que dans une amplitude de 15°. Pronation complète, la supination peut être faite dans les deux tiers de sa course normale.

L'enfant se sert bien de son bras ; il ne souffre pas. Il semble qu'il y ait du mieux.

22 décembre. — Même état. La tuméfaction a entièrement disparu. L'enfant se sert très bien de son bras, sans douleur d'aucune sorte.

1^{er} mars 1903. — Le dernier plâtre a été enlevé au bout d'un mois et demi sans traitement. Actuellement, le bras est utile et mobile, un peu moins fort que l'autre. L'extension atteint 145°. La flexion n'est pas tout à fait complète. La main est en demi-pronation, pouvant se mettre en pronation complète. La supination est limitée. Le coude conserve une déformation ; augmentation des extrémités osseuses (épicondyle, tête du radius). On sent un certain épaissement de la synoviale, entre la tête du radius et l'olécrâne.

OBSERVATION XXV (inédite).

Arthrite fongueuse du coude droit. — Guérison.

D... Joseph, treize mois, entré salle Saint-Pierre, le 15 février 1900.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Personnellement, bronchite depuis l'âge de trois mois ; il y a deux mois, pleurésie (plusieurs ponctions).

La tuméfaction du coude a été découverte par la mère il y a un mois.

Actuellement, on note de la tuméfaction du coude, sur tout son pourtour. Au niveau du cul-de-sac postérieur et au pourtour de l'articulation radio-cubitale, on a une sensation de fluctuation.

Les mouvements sont très limités.

15 février 1900. — On fait une injection de glycérine iodoformée (1 c.c.).

23 février. — On fait une nouvelle injection (1 c.c.).

Mai 1903. — Les renseignements fournis par la mère nous apprennent que le coude serait complètement guéri, avec des mouvements aussi étendus que dans le coude sain. Elle n'y trouve aucune différence.

OBSERVATION XXVI (inédite).

Arthrite fongueuse du coude gauche. — Guérison.

S... J.-B., quatre ans et demi, entré salle Saint-Pierre, le 5 mai 1900.

A noter dans les antécédents que la mère est morte de tuberculose pulmonaire.

L'affection actuelle a débuté il y a deux mois par une chute sur le coude. Au bout de huit jours le coude a commencé à se tuméfier. Pas de douleurs.

Actuellement, on note une tuméfaction diffuse du coude. Les culs-de-sac sont distendus. Le membre est en extension à 135°, et en pronation.

Il n'y a pas de mouvements spontanés ; ils existent, mais très limités, si on les provoque.

8 mai. — Injection de glycérine iodoformée (4-5 c.c.) dans le coude gauche. Bandage plâtré.

8 septembre. — Légère augmentation de volume du coude, surtout dans le sens antéro-postérieur. Pas d'épanchement intra-articulaire.

Epaississement de la synoviale, au niveau de la tête radiale, de consistance ferme.

L'extension est complète. La flexion dépasse de beaucoup l'angle droit. La supination est à peu près complète. La pronation est complète. L'enfant se sert de son bras pour tous les usages.

14 mars 1903. — L'enfant est revu. La forme du coude est normale. Cependant les méplats sont un peu moins accusés que du côté sain. La flexion et l'extension sont complètes. La pronation est complète ; la supination très légèrement réduite. Il y a toujours un léger épaississement de la synoviale dans la gouttière radio-olécrânienne. Les mouvements étendus d'extension et de supination s'accompagnent de très légers craquements neigeux.

L'enfant se sert de son bras, qui est à peu près aussi fort que l'autre. Pas d'atrophie au niveau de la partie supérieure de l'avant-bras ; il en existe une légère (1 centimètre environ), un peu au-dessus de l'articulation.

OBSERVATION XXVII (inédite).

Arthrite fongueuse du coude. — Guérison.

O... Pierre, six ans, entré salle Saint-Pierre, le 11 avril 1902.

Rien à noter dans les antécédents. L'affection actuelle a débuté, il y a un an, par de la douleur dans les mouvements. Depuis quelques jours, limitation des mouvements.

A l'entrée. — On constate que l'avant-bras est en flexion à 55° environ. Les mouvements sont à peu près nuls, aussi bien dans le sens de la flexion, que dans celui de la supination. Le coude est légèrement tuméfié, donnant, de chaque côté, une sensation d'œdème pseudo-fluctuant.

17 avril. — On fait une injection de glycérine iodoformée, dans la partie externe de l'articulation. Plâtre.

20 juin. — La tuméfaction a à peu près disparu.

26 juin. — Le coude est à peu près sec ; on fait une nouvelle injection et un bandage plâtré.

4 septembre. — L'articulation n'est presque pas tuméfiée ; à la partie interne, on sent le relief normal de l'olécrâne, de l'épitrachée. La tuméfaction paraît limitée à la partie externe, surtout au niveau de l'extrémité supérieure du radius, qui paraît un peu augmentée de volume.

La flexion est possible jusqu'à l'angle droit ; l'extension jusqu'à 140° ; la supination est très vite arrêtée.

20 septembre. — L'enfant a été mis en observation pendant quinze jours. Le coude est sec, sauf un peu de tuméfaction pseudo-fluctuante vers la tête radiale. La flexion et l'extension sont dans le même état que précédemment. La pronation est complète ; la supination est limitée à la moitié. L'enfant se sert mieux de son bras.

31 janvier 1903. — L'enfant se sert librement de son bras, depuis le mois de septembre. Les mouvements deviennent de plus en plus libres. L'extension se fait jusqu'à 165°. La flexion dépasse l'angle droit ; la pronation est complète ; la supination est toujours limitée à la moitié. Il n'y a plus de tuméfaction.

31 mars 1903. — La supination reste un peu limitée. L'état se maintient bon ; l'enfant continue à se servir de son bras. Le coude est tout à fait sec.

OBSERVATION XXVIII (inédite).

Arthrite fongueuse du coude. — Guérison.

L... Emile, six ans, entré salle Saint-Pierre, le 27 mai 1902.

Rien à noter dans les antécédents, sauf la rougeole.

L'affection actuelle a débuté, il y a quatre mois par une chute, suivie de douleur et de tuméfaction.

A l'entrée. — On note de la tuméfaction. On sent des fongosités abondantes, surtout au niveau de la tête radiale. La flexion est possible jusqu'à l'angle droit ; l'extension jusqu'à 145°. La pronation et la supination sont limitées. Il existe un ganglion sus-épitrochléen volumineux.

31 mai. — On fait une injection de glycérine iodoformée, suivie d'un plâtre.

13 août. — La tuméfaction persiste. On trouve des fongosités, surtout à droite de l'olécrâne. Les mouvements de flexion et d'extension sont réduits de moitié et douloureux ; la pronation et la supination sont limitées.

On fait une nouvelle injection et un plâtre.

25 octobre. — Le coude est encore gros, mais on ne sent plus de fongosités. Les mouvements sont toujours limités, dans les mêmes conditions que précédemment.

On fait un simple plâtre, sans injection.

4 mars 1903. — Le plâtre est cassé depuis un mois. Le coude est sec, sans fongosités, ni épanchement, ni œdème, avec une hyperostose assez prononcée, au niveau du condyle externe et de la tête radiale, qui fait une assez forte saillie en dehors.

Il y a quelques légers mouvements de flexion et d'extension, dans une amplitude de 25° à 30° ; la pronation et la supination ont environ le cinquième de leur excursion normale. Le coude est laissé libre.

OBSERVATION XXIX (inédite).

Arthrite fongueuse du coude. — Guérison.

Pl..., treize ans, entré salle Saint-Pierre, le 11 juin 1902.

Rien à noter dans les antécédents.

L'affection actuelle a débuté il y a trois mois, par de la douleur. On lui a mis un plâtre pendant un mois.

A l'entrée. — On note une légère tuméfaction de la synoviale, surtout au niveau de la tête radiale, dans le grand cul-de-sac,

sans épanchement appréciable. On trouve un point douloureux net, sur le bord interne de la cavité sigmoïde cubitale.

L'extension se fait jusqu'à 135°. La flexion dépasse un peu l'angle droit. La pronation et la supination sont normales.

25 juin. — La tuméfaction, au niveau de la tête radiale, a beaucoup diminué. On ne trouve plus rien dans le grand cul-de-sac. Il y a un peu d'empâtement le long du nerf cubital. La pronation et la supination sont à peu près complètes. L'extension est peu gênée, et la flexion dépasse de beaucoup l'angle droit.

30 juin. — On fait une injection de glycérine iodoformée, suivie d'immobilisation dans un plâtre.

2 avril 1903. — On a retiré l'appareil plâtré, au bout de deux mois. Depuis ce moment, l'enfant se sert de son bras malade comme de l'autre. L'extension est limitée à 150°, la flexion, à 45°. La supination et la pronation sont complètes. On note au coude un certain élargissement, qui paraît occuper le bord interne de l'olécrâne, mais qui est surtout visible sur le bord externe de la tête radiale.

OBSERVATION XXX (inédite).

Arthrite fongueuse tibio-tarsienne. — Arthrite fongueuse des deux genoux, dix-huit mois plus tard. — Guérison de l'arthrite tibio-tarsienne et du genou gauche. — Genou droit encore en traitement.

G... Marthe, trois ans et demi, entrée salle Sainte-Amélie, en janvier 1900.

Antécédents inconnus.

L'enfant est atteinte d'une arthrite tibio-tarsienne avec empâtement tout autour de l'articulation et suppression complète des mouvements. On l'a immobilisée, paraît-il, dans un plâtre qui a été enlevé en juin dernier.

Il y a quinze jours, on lui a fait une injection de glycérine iodoformée, suivie d'immobilisation dans une botte plâtrée.

6 février 1900. — Injection de glycérine iodoformée (4-5 c.c.).
Botte plâtrée.

7 avril. — Toute tuméfaction a absolument disparu, sauf un léger degré d'hypérostose. Les mouvements de la tibio-tarsienne sont normaux.

31 octobre. — La guérison s'est maintenue, sauf une certaine limitation de la flexion plantaire.

Depuis deux mois, les genoux ne pouvaient plus s'étendre complètement, le droit d'abord puis le gauche. Depuis quelques jours le coude gauche s'est pris également.

Aux genoux, on note une légère flexion des deux côtés. A droite, il n'y a pas d'augmentation nette de volume, mais un gros épaissement synovial, au niveau de l'interligne. A gauche, la tuméfaction est plus marquée et a envahi le grand cul-de-sac, qui est saillant, sans épanchement. La flexion est légèrement limitée des deux côtés.

Au coude gauche, on observe une légère limitation des mouvements, avec un peu de tuméfaction en dehors, sans épanchement, ni fongosités.

19 avril 1901. — L'enfant a fait un séjour de six mois à Giens, cet hiver. Actuellement :

Le genou gauche est globuleux, on n'y trouve pas de liquide. Pas de douleur. Les mouvements se font complètement. Les culs-de-sac sont empâtés, contenant des fongosités, qu'on retrouve sur tout le pourtour de l'interligne.

14 septembre 1901. — On fait une injection intra-articulaire de 2 c.c., dans le genou gauche. Le genou droit est également atteint, mais on se borne à le redresser. Plâtre aux deux genoux.

8 novembre 1901. — Le genou droit paraît en bon état. A gauche, il existe une légère flexion ; il y a un certain degré d'empâtement avec sensation de pseudo-fluctuation sur le bord interne du ligament rotulien. Pas d'épanchement.

23 novembre. — Après quinze jours de repos, sans immobilisation, on constate que :

Le genou droit est en légère flexion, laquelle ne peut dépasser

l'angle droit. Pas d'épanchement ; la synoviale paraît peu épaissie.

Le genou gauche est en flexion. Le genou est globuleux, la synoviale épaissie, surtout en dedans, le long de l'interligne.

Le coude gauche paraît guéri, avec une légère limitation de l'extension.

On fait une injection de glycérine iodoformée (2 c.c.), dans la partie tibiale des deux genoux. Redressement et plâtre.

23 février 1902. — Quinze jours après l'ablation des plâtres, on constate :

Au genou droit, extension complète ; la flexion se fait jusqu'à l'angle droit ; pas d'empatement notable.

Au genou gauche, extension complète ; la flexion se fait jusqu'à l'angle droit ; pas d'empatement manifeste ; cependant il y a un peu d'épaississement vers le ligament rotulien.

4 avril 1902. — Etat semblable. L'enfant marche bien, mais depuis quelques jours, elle se plaint du genou droit, qui paraît avoir un peu augmenté.

30 avril. — L'enfant se plaint un peu du genou gauche, mais on n'y trouve pas de tuméfaction ; il paraît guéri.

A droite, il persiste une tuméfaction légère, surtout dans le grand cul-de-sac, et de chaque côté du ligament rotulien. Le genou droit plie un peu moins bien que le gauche. On l'immobilise dans un plâtre.

13 juin 1902. — A gauche, on ne trouve pas d'attitude vicieuse. La flexion se fait jusqu'à l'angle droit. Il persiste un certain épaississement de la synoviale, mais sans épanchement.

A droite, il y a toujours une légère flexion et un léger épaississement de la synoviale, sans épanchement.

26 juin. — La flexion s'est reproduite à droite. Le creux poplité est à 8 centimètres du plan du lit. On fait une injection de glycérine iodoformée et un plâtre.

9 octobre. — Le genou gauche est guéri. A droite, la flexion s'est reproduite, presque à 90°. L'enfant souffre et ne peut marcher. Sensation d'œdème pseudo-fluctuant un peu en dehors du ligament rotulien. Plâtre.

3 janvier 1903. — La guérison s'est maintenue à gauche. La flexion se fait jusqu'à l'angle droit. L'extension est complète.

A droite la flexion s'est reproduite à 45° environ. Douleur par la mobilisation. Peu de tuméfaction ; on sent seulement quelques fongosités autour de l'interligne, surtout en dehors du ligament rotulien.

Injection de glycérine iodoformée ; redressement et plâtre.

2 avril 1903. — Le genou gauche continue d'aller bien, se fléchit au delà de l'angle droit. A droite le genou s'est remis en flexion à environ 45°, à la sortie du plâtre. Il est toujours un peu tuméfié. L'enfant ne peut pas soulever sa jambe.

Injection et bandage plâtré.

OBSERVATION XXXI

(Thèse de Bois, Lyon, 1900)

Arthrite fongueuse tibio-tarsienne. — Guérison (1).

M... Marie, deux ans et demi, entrée salle Sainte-Amélie, le 18 juillet 1899.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires ou personnels. On sait seulement que l'affection actuelle date de cinq semaines.

On note actuellement :

Empâtement localisé de chaque côté du tendon d'Achille, se prolongeant jusqu'au niveau de la malléole interne.

La face antérieure ne présente rien d'anormal.

Les mouvements sont conservés ; la flexion du pied est toutefois assez limitée.

On a fait antérieurement des pointes de feu superficielles, suivies d'un appareil plâtré.

29 août 1899. — On fait quatre injections de glycérine iodoformée :

Une en arrière de la malléole interne ;

Une à la pointe de la malléole interne ;

Une sur le bord interne ;

(1) L'enfant n'a pu être revue depuis le 12 décembre 1899.

Une entre la malléole externe et le tendon d'Achille.

12 septembre. — On fait cinq injections, trois en dedans, deux en dehors.

29 septembre. — La tuméfaction a complètement disparu. Les mouvements ont leur amplitude normale et ne sont pas douloureux. Suppression du plâtre.

OBSERVATION XXXII

(Thèse de Bois, 1900).

Arthrite fongueuse de la tibio-tarsienne gauche. — Guérison.

Ce... Anna, cinq ans, entrée salle Sainte-Amélie, le 16 mai 1899.

Père atteint de tuberculose pulmonaire, mère bien portante. Rien dans les antécédents personnels.

Le début de l'affection remonte à un an et demi, et se traduit par de la douleur continue, exagérée le soir, et une légère boiterie, qui est allée en augmentant. Au printemps dernier on lui a fait un silicate qui a été gardé trois mois. Malgré cela, la tuméfaction a persisté, et l'état s'est aggravé. Depuis trois semaines, la marche est devenue impossible, l'enfant saute sur son pied sain.

Actuellement, on constate :

Tuméfaction pseudo-fluctuante de toute la région tibio-tarsienne gauche. Atrophie de la jambe gauche allant jusqu'à 5 centimètres et demi au niveau de la cuisse.

Douleur surtout provoquée par la palpation et les mouvements, nettement marquée au niveau des articulations tibio-tarsienne et calcanéo-astragalienne.

Les mouvements sont très limités.

Léger degré d'équinisme.

20 mai 1899. — On fait trois injections de glycérine iodoformée, une en avant de la malléole externe, et une en arrière, une en avant de la malléole interne.

29 mai. — Trois nouvelles injections.

2 juin. — Trois nouvelles injections.

8 juin. — On fait six injections : une en avant de l'articulation, deux au niveau de la malléole externe, en avant et en arrière, deux en avant de la malléole interne, une en arrière.

On remarque que la partie interne de l'articulation, qui n'avait pas reçu d'injection, est plus tuméfiée, tandis que la partie externe, qui a été injectée, a subi des modifications très sensibles.

La malade part avec une botte plâtrée.

29 août. — On enlève le plâtre et on voit que la tuméfaction a beaucoup diminué. Il persiste seulement un peu d'empatement, de chaque côté du tendon d'Achille.

Tous les mouvements ont repris leur amplitude normale.

On refait deux injections de glycérine iodoformée.

12 septembre. — On fait quatre injections, trois en dedans, une en dehors. Botte plâtrée.

20 décembre. — L'articulation tibio-tarsienne est absolument sèche. Pas de tuméfaction. Les mouvements sont conservés dans le tiers environ de leur amplitude normale.

Mars 1903. — Nous recevons des nouvelles de la malade par une lettre de son médecin.

Le gonflement a totalement disparu.

La douleur a absolument disparu, aussi bien à la pression, que dans les mouvements spontanés ou provoqués.

Les mouvements sont absolument normaux, et l'enfant se sert de son membre malade aussi bien que de l'autre.

Il persiste une très légère atrophie.

L'état général est excellent.

OBSERVATION XXXIII

(Thèse de Bois, Lyon, 1900)

Arthrite fongueuse de la tibio-tarsienne droite. — Guérison.

J... Eugène, six ans et demi, entré salle Saint-Pierre, le 31 août 1899.

A noter dans les antécédents que la mère est morte de tuberculose pulmonaire, et que lui-même a été soigné, à l'Antiquaille, pour une maladie de la peau.

Le début de l'affection actuelle remonterait au mois de juillet, l'enfant se fit une entorse. Depuis ce jour la marche est devenue de plus en plus difficile.

Actuellement, on note :

Tuméfaction diffuse de la région tibio-tarsienne droite, avec disparition des saillies malléolaires, distension articulaire.

La palpation est douloureuse. Mouvements presque nuls et très douloureux.

Œdème de la face dorsale du pied. Pas de collection fluctuante.

Atrophie du membre inférieur, surtout marquée au mollet (2 c.c.).

1^{er} septembre. — On fait sept injections de glycérine iodoformée, trois en dedans, quatre en dehors.

12 septembre. — Cinq injections, trois en dedans, deux en dehors.

22 septembre. — Cinq injections aux mêmes points. Eruption bulleuse à la face postérieure du pied.

17 octobre. — On fait quatre injections, à la suite desquelles apparaît une éruption bulleuse de la face plantaire du pied. Botte plâtrée.

26 décembre. — Le gonflement a totalement disparu, sauf un très léger empâtement dans les gouttières rétro-malléolaires.

Les mouvements ont leur amplitude normale. L'enfant ne souffre pas. Il peut marcher dès l'ablation de son plâtre, avec une légère claudication.

12 mars 1903. — Depuis janvier 1900, l'enfant marche bien, et n'a présenté aucun trouble de son membre. Les mouvements sont absolument complets et on ne peut trouver d'autre différence entre les deux articulations que l'exagération de la saillie des deux malléoles, particulièrement de la malléole interne.

Légère atrophie du mollet (un demi-centimètre).

OBSERVATION XXXIV (inédite).

Arthrite fongueuse de la tibio-tarsienne. — Récidive par insuffisance de traitement. — Coxalgie gauche secondairement.

A... Blanche, huit ans, entrée salle Sainte-Amélie, le 5 mars 1901.

Père alcoolique. Pas d'autres antécédents à signaler.

L'affection actuelle a débuté il y a trois mois, par une entorse. La région tibio-tarsienne se tuméfia de suite, et la marche devint impossible.

Actuellement on note une tuméfaction diffuse de l'articulation. Limitation presque complète des mouvements, avec tendance à l'équinisme.

L'enfant a porté une botte plâtrée pendant un mois.

7 mars. — On fait une injection de glycérine iodoformée (3 c.c.), dans la cavité articulaire. Immobilisation dans un plâtre.

12 mars 1903. — Le plâtre a été cassé par les parents, qui croyaient l'enfant guérie.

Actuellement, en arrière de la malléole externe, on trouve un œdème pseudo-fluctuant. Les mouvements sont abolis et très douloureux.

Signes de coxalgie gauche.

OBSERVATION XXXV (inédite).

Arthrite fongueuse tibio-tarsienne. — Interruption précoce du traitement. — Récidive. — Fistulisation secondaire.

R... Blanche, sept ans et demi, entrée salle Sainte-Amélie, le 10 janvier 1900.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Personnelle-

ment, l'enfant a eu successivement et sans interruption, en mars 1898, la rougeole, la coqueluche, la fièvre muqueuse. Elle est actuellement extrêmement amaigrie.

Le début de l'affection articulaire remonterait à la fin de 1898 : on aurait constaté, à ce moment, de la douleur au niveau du cou-de-pied, puis est apparue de la tuméfaction.

L'enfant a été opérée en 1899 à Toulouse ; elle est restée quatre mois dans un appareil silicaté. Quelque temps après l'ablation du silicate, on a vu réapparaître la douleur et la tuméfaction. On lui a fait alors des pointes de feu et un nouvel appareil.

15 janvier. — On fait une injection de glycérine iodoformée (3 c.c.). Immobilisation dans un plâtre.

Le lendemain l'enfant a de la fièvre, de l'agitation, de l'insomnie.

5 février. — On constate une forte diminution de la tuméfaction. On fait une nouvelle botte plâtrée, sans injection.

2 avril. — Il reste encore un petit point fluctuant sur la face dorsale, en dehors du tendon tibial antérieur.

30 avril. — Il n'y a plus aucun point fluctuant .

Mai 1903. — Depuis sa dernière visite à la Charité, l'enfant a marché pendant un an et demi. Depuis à peu près un an, il s'est produit une récurrence, pour laquelle elle est soignée à Marseille. L'articulation s'est empâtée de nouveau, et il s'est établi une fistule qui donne abondamment.

OBSERVATION XXXVI (inédite).

Arthrite fongueuse du cou-de-pied droit et du genou gauche. — Guérison.

M., deux ans. Le début de l'affection remonte au mois de décembre 1900 pour la tibio-tarsienne, et au début de février 1901 pour le genou.

En mars 1901 on note l'état suivant :

Tuméfaction diffuse tout autour de l'articulation tibio-tar-

sienne ; effacement des méplats périmalléolaires. En avant de la malléole interne se trouve une bosselure, au niveau de laquelle la peau est légèrement amincie, rosée, et qui donne une sensation de mollesse très marquée, presque de fluctuation vraie. Les mouvements sont limités, les douleurs à peu près nulles ; cependant l'enfant refuse d'appuyer son pied sur le sol.

Le genou gauche est légèrement fléchi et son extension complète est impossible. Il n'est pas augmenté de volume, ni déformé.

28 mars 1901. — Injection de glycérine iodoformée dans la tibio-tarsienne, qui est ensuite immobilisée dans une botte plâtrée.

Le genou est redressé sous anesthésie, et immobilisé dans un bandage plâtré.

6 juin 1901. — Les bandages ont été enlevés depuis quelques jours. Le cou-de-pied est toujours œdémateux, mais la bosselure, qui semblait sur le point de s'abcéder, en avant de la malléole interne, a très notablement diminué.

Le genou s'est replacé de suite en flexion à 45°. Il présente maintenant une tuméfaction œdémateuse assez prononcée, notamment en dehors du ligament rotulien, où l'on sent un point fongueux pseudo-fluctuant.

Injection de glycérine iodoformée dans les deux articulations. Bandage plâtré.

Octobre 1901. — Les appareils sont renouvelés, ainsi que les injections de glycérine iodoformée. Les articulations malades ne présentent pas de changement appréciable.

3 février 1902. — La tibio-tarsienne est considérée comme guérie. A part un léger effacement des gouttières rétro-malléolaires, l'œdème péri-articulaire a complètement disparu. Les mouvements persistent avec la moitié de leur amplitude normale. L'enfant s'appuie sur son pied et demande à marcher. On applique seulement un tuteur immobilisant l'articulation tibio-tarsienne.

Au genou la flexion persiste à 160°. Il est sec ; on ne sent plus

nulle part de tuméfaction œdémateuse. On renouvelle l'injection de glycérine iodoformée, et, sous anesthésie, le membre redressé est immobilisé dans un bandage plâtré.

17 mai 1902. — La tibio-tarsienne est guérie, avec des mouvements réduits à peu près de moitié. L'enfant marche bien.

Le genou s'est fléchi de nouveau, et on retrouve un peu d'empatement en dehors du ligament rotulien.

Injection de glycérine iodoformée et bandage plâtré.

17 septembre. — Il persiste encore une légère attitude vicieuse en flexion, et, de chaque côté du ligament rotulien, un peu d'empatement œdémateux. On fait un simple bandage plâtré, sans injection.

21 janvier 1903. — L'arthrite du genou paraît guérie, bien qu'il persiste encore un très léger œdème, de chaque côté du ligament rotulien. Avec son dernier bandage plâtré, l'enfant a marché assez régulièrement, et, pour plus de commodité, en portant son membre en abduction. Il en est résulté une tendance au genu valgum.

On place un tuteur immobilisant le genou, et tendant à corriger, au moyen d'une genouillère, la tendance au retour de la flexion, et à l'augmentation du genu valgum.

Avec ce tuteur l'enfant est laissée libre de marcher.

La malade est revue en mars et en avril 1903. Son état est le suivant :

Elle marche de mieux en mieux, sans trop de fatigue, mais garde une tendance fâcheuse à tenir sa jambe gauche en abduction. Le genou est sec, sans œdème, ni épanchement. Il se fléchit encore un peu pendant la nuit, mais il est très suffisamment maintenu par le tuteur.

Les mouvements sont très peu étendus ; il n'y a cependant pas d'ankylose. Il semble d'ailleurs prématuré de chercher actuellement à les rétablir.

La tibio-tarsienne ne présente plus aucune trace d'arthrite ; elle est indolore, sèche, mais se différencie toutefois de l'articulation saine, en ce que les os sont un peu plus épais, et les mouvements réduits environ de moitié.

OBSERVATION XXXVII (inédite).

Arthrite fongueuse tibio-tarsienne droite. — Guérison.

M... Jean-Marie, trois ans, entré salle Saint-Pierre, le 26 mai 1902.

Rien dans les antécédents.

L'affection actuelle a débuté il y a un an. Depuis deux mois, il se plaint de son dos.

Il a été traité par des applications de teinture d'iode.

Il y a trois ou quatre mois, l'enfant a eu un abcès, qui a été ouvert au niveau du tibia, et qui a laissé une cicatrice adhérente.

Depuis quelques semaines, est apparue une tuméfaction prononcée de la tibio-tarsienne, tuméfaction qui entoure l'articulation, efface les gouttières rétro-malléolaires, et fait un peu saillie sur le dos du pied.

On trouve une légère exagération des saillies vertébrales, au niveau de la neuvième dorsale, sans troubles fonctionnels nets.

31 mai. — On fait une injection de glycérine iodoformée, suivie d'un plâtre.

4 septembre. — Le plâtre est enlevé depuis dix jours. Il y a toujours une certaine tuméfaction de l'articulation ; les méplats rétro-malléolaires sont effacés. On a une sensation d'œdème pseudo-fluctuant, surtout en avant de la malléole externe.

5 septembre. — Injection de glycérine iodoformée (3 c.c.). Plâtre.

4 décembre. — L'articulation est sèche. Il n'y a plus de fongosités. On trouve seulement un léger épaissement des tissus.

26 mars 1903. — La jambe paraît aller bien. Le petit malade marche bien ; l'articulation est toujours en bon état. Il y a toujours un peu d'épaississement des tissus péri-articulaires, mais sans œdème, ni fongosités.

La flexion dorsale est aussi complète que de l'autre côté, mais la flexion plantaire paraît limitée, et s'exerce surtout dans l'articulation de Chopart. Cependant, il persiste sûrement des mouvements dans la tibio-tarsienne, mais peu étendus. Un peu d'hésitation dans la marche. Quand l'enfant pose le pied droit à terre, le gauche se met en valgus.

OBSERVATION XXXVIII (inédite).

Arthrite fongueuse médio-tarsienne. — Guérison presque complète. — Récidive par interruption du traitement.

C... Marie-Jeanne, quatorze ans, entrée salle Sainte-Amélie, le 3 janvier 1900.

Rien à noter dans les antécédents.

L'affection actuelle a débuté il y a cinq mois, insidieusement, par de la douleur amenant progressivement la claudication.

Depuis quelques temps, apparition d'un gonflement, qui a augmenté lentement. Repos forcé depuis trois mois. Bon état général.

A l'entrée, on constate que le pied est en équinisme léger, il peut à peine être relevé jusqu'à l'angle droit.

Tuméfaction en bracelet du dos du pied, correspondant au tarse antérieur. Pas de modification de la peau, mais dilatation des veines superficielles. Gonflement mou, avec, par places, de la pseudo-fluctuation.

La tibio-tarsienne paraît saine.

Pression assez douloureuse sur la tuméfaction, mais par places.

Mouvements de flexion très limités, n'atteignant pas l'angle droit. L'adduction et l'abduction sont douloureuses ; de même la rotation et l'extension.

5 janvier 1900. — On fait une injection de glycérine iodoformée (4 c.c.). A la suite de l'injection la malade présente, pendant

deux jours, de la fièvre, de l'anorexie, de la céphalée et une légère photophobie.

13 janvier. — La tuméfaction semble avoir diminué, mais on y trouve des points nettement fluctuants. On fait des injections de glycérine iodoformée (8 c.c. en totalité), dont plusieurs intra-osseuses ; plusieurs os sont très ramollis.

29 janvier. — Botte plâtrée. La malade part pour deux mois.

18 octobre. — La malade paraît aller bien.

9 mars 1903. — La malade n'a pas été revue pendant deux ans et demi. Elle a actuellement une arthrite en évolution.

OBSERVATION XXXIX (inédite).

Arthrite fongueuse médio-tarsienne. — Guérison.

M..., Rose, trois ans et demi, entrée salle Sainte-Amélie, le 31 janvier 1901.

Rien à noter dans les antécédents.

L'affection actuelle a débuté, il y a un an, à la suite d'une légère entorse du cou-de-pied, accompagnée d'une faible douleur, qui disparut au bout de vingt-quatre heures. Pas de gêne de la marche.

Trois mois après, est apparue une tuméfaction sur la face dorsale du tarse, qui disparut par le repos et l'application de cataplasmes. Elle se reproduisit en décembre dernier, et disparut à la suite d'un repos d'un mois au lit. La malade recommença à marcher, mais avec quelques douleurs au niveau de la partie dorsale du tarse.

Chaque soir le pied enflait.

A l'entrée, on constate une grosse tuméfaction qui disparaît en vingt-quatre heures, par le repos. On observe ainsi des alternatives de gonflement, coïncidant avec la fatigue.

Ce gonflement affecte la forme d'un collier correspondant exactement à la région du tarse antérieur, sur toute la largeur du pied. A ce niveau on a une sensation de mollesse œdéma-

teuse, sans empâtement fongueux. Le squelette paraît augmenté de volume.

Légère diminution des mouvements de flexion du pied ; les mouvements de torsion de l'avant-pied sont légèrement douloureux.

23 février 1901. — On fait une injection de glycérine iodoformée (5 c.c.), en trois points différents de la région dorsale du tarse. Plâtre.

20 septembre 1901. — Le plâtre a été porté jusqu'au 16 septembre. Il persiste une légère tuméfaction au niveau du tarse, mais plus trace d'œdème, ni d'empâtement. Tous les mouvements du pied, même la rotation, ont leur amplitude normale, et sont indolores.

La malade marche toute la journée et dit seulement ressentir un peu de douleur quand elle est lasse.

Avril 1903. — Nous recevons des nouvelles de la malade par lettre. La guérison s'est complètement maintenue. L'enfant se sert de sa jambe malade comme de l'autre ; les longues courses ne la fatiguent que fort peu. Il n'y a pas d'atrophie sensible du membre.

OBSERVATION XL (inédite).

Arthrite fongueuse du poignet. — Adénite cervicale. — Guérison.

Cl.-R...., Marius, deux ans et demi, entré salle Saint-Pierre, le 30 avril 1900.

Le père et la mère sont morts tuberculeux. Personnellement, l'enfant n'a rien dans ses antécédents.

L'affection actuelle a débuté, il y a deux mois, par de la tuméfaction de la main. Pas de douleur. En même temps apparaissait un ganglion au cou, avec une certaine rougeur à son niveau.

A l'entrée, on observe une tuméfaction s'étendant de l'interligne articulaire radio-carpien à la racine des métacarpiens,

sur la face dorsale. La pression est indolore. On sent de la pseudo-fluctuation.

Les mouvements sont limités. L'enfant ne peut relever la main au-dessus de la ligne prolongeant l'axe de l'avant-bras. Mouvements de latéralité assez limités, ainsi que la pronation et la supination. Les mouvements des doigts sont normaux.

Au cou, à gauche, il existe un volumineux ganglion, avec rougeur au centre et fluctuation.

2 mai. — On fait une injection de glycérine iodoformée (3 à 4 c.c.), dans le poignet. Ouverture et curetage du ganglion ; cautérisation au chlorure de zinc.

15 mai. — On trouve une tuméfaction diffuse au niveau du poignet. Au niveau des tendons externes, il existe une petite saillie, de consistance assez ferme, donnant la sensation d'un petit kyste du poignet. Plâtre.

18 avril 1903. — L'enfant est revu. Il a porté son appareil plâtré pendant deux mois, on n'a fait aucun traitement. Depuis ce moment, il s'est servi de sa main, sans présenter ni gêne, ni douleur. Actuellement il est en bon état. La forme du poignet est à peu près normale, mais on trouve, au niveau de l'extrémité supérieure des 2^e et 3^e métacarpiens, un épaississement synovial, qui fait un très léger relief, et donne au doigt la sensation de petites granulations synoviales. En dehors de cela, aucune tuméfaction du poignet.

Les mouvements ont leur étendue normale ; il y a même exagération de la flexion palmaire et des mouvements de latéralité, indiquant une certaine laxité des ligaments. Il persiste une légère atrophie, qui se traduit par une différence d'un demi-centimètre au bras.

OBSERVATION XLI (inédite).

Arthrite fongueuse du poignet droit. — Guérison.

M..., Marguerite, deux ans et demi, entre salle Sainte-Amélie, le 25 mars 1901.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Personnellement, l'enfant a toujours eu une mauvaise santé, par suite de troubles gastro-intestinaux. Rougeole.

L'affection actuelle a débuté, il y a deux mois, par de l'impotence fonctionnelle, suivie, au bout de six semaines, de la tuméfaction du poignet, et de la face dorsale de la main. Elle a été traitée par la compression, les applications de teinture d'iode, et l'immobilisation dans un plâtre.

A l'entrée on note de la tuméfaction occupant la face dorsale du poignet et de la main, et envahissant un peu la face palmaire. Il y a de la fluctuation au niveau de la partie interne du dos du poignet. Aucune limitation des mouvements du poignet et des doigts.

Atrophie musculaire des muscles de la main.

30 mars. — On fait une injection de glycérine iodoformée (2 c.c.), dans le poignet. Immobilisation dans un plâtre.

10 avril 1902. — L'enfant ramenée chez elle, il y a treize mois, a gardé son plâtre trois mois, puis on l'a enlevé, sans la ramener à la Charité. Depuis trois mois, on a vu se développer un petit abcès sur la face dorsale de la main. Cet abcès, de la dimension d'une pièce de deux francs, est couvert d'une peau rouge et amincie, et semble assez bien délimité. L'articulation du poignet n'est ni empâtée, ni douloureuse, mais les mouvements sont assez limités, aussi bien la flexion que l'extension.

15 avril 1902. — Ouverture de la collection. Elle est sans connexion apparente avec l'articulation ou le squelette.

3 avril 1903. — La région du poignet conserve un léger épaissement, d'ailleurs sans œdème, ni tuméfaction d'aucune sorte. Les mouvements sont réduits environ du tiers. La flexion palmaire est presque complète, mais la flexion dorsale ne dépasse pas la moitié de son amplitude normale. Les mouvements des doigts ne sont pas gênés. L'enfant se sert de son bras d'une façon normale. Atrophie d'un centimètre à l'avant bras.

OBSERVATION XLII

Arthrite fongueuse du poignet droit. — Guérison.

D..., deux ans et demi.

L'affection actuelle a débuté il y a six mois. Elle est caractérisée par une attitude vicieuse de la main, qui se tient en flexion légère et inclinaison sur le bord cubital. Légère tuméfaction péri-articulaire plus accentuée en un point de la face dorsale correspondant à la partie moyenne de l'interligne radio-carpien. A ce niveau on délimite une masse fongueuse pseudo-fluctuante, du volume d'un gros pois.

28 juillet 1902. — Injection de glycérine iodoformée au niveau de la petite masse. Bandage plâtré.

16 octobre. — L'état paraît être stationnaire. Nouvelle injection et nouveau plâtre.

10 janvier 1903. — La tuméfaction pseudo-fluctuante de la face dorsale du poignet a disparu. Il ne reste plus qu'un peu d'œdème tout autour de l'articulation. L'enfant, laissé pendant quelques jours en observation, cherche à se servir de sa main. Les mouvements sont toutefois très réduits, et il y a encore une légère tendance à l'attitude vicieuse en flexion.

Bandage plâtré sans injection.

6 avril. — On ne trouve plus qu'un très léger épaissement péri-articulaire, sans œdème et sans tuméfaction fongueuse. Les mouvements sont plus libres ; ils restent encore limités à une amplitude d'environ 25°.

7 mai. — Le poignet ne diffère de celui du côté sain que par un peu d'atrophie. Les mouvements sont presque complets, sauf la flexion dorsale qui reste un peu limitée.

Pas d'attitude vicieuse. L'enfant se sert de sa main d'une façon absolument normale.

III. — Formes suppurées.

OBSERVATION XLIII

(Thèse de Bois, 1900)

Arthrite tuberculeuse du genou gauche suppurée. — Résection du genou. — Forme non fistuleuse.

F... Marie, quatre ans et demi, entrée salle Sainte-Amélie, le 31 août 1899.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Personnellement, coqueluche à six mois ; bronchite à un an et demi.

L'affection actuelle a débuté, il y a cinq mois, par une légère claudication, sans douleur dans le genou. Pas de tuméfaction. Il y a quatre mois, apparition de la limitation des mouvements de flexion et d'extension, devenus difficiles et douloureux. Quelques craquements articulaires.

Actuellement, claudication, jambe en flexion. Marche très difficile.

3 septembre. — On fait six injections de glycérine iodoformée, trois de chaque côté du tendon rotulien. Redressement du membre. Bandage plâtré.

6 septembre. — A la suite des injections, la malade présente de la fièvre (39°, 39°5), de l'anorexie. Douleur au niveau du genou. Transpiration abondante.

13 septembre. — Fièvre persistante. Le genou est très volumineux et présente des signes d'arthrite suppurée.

15 septembre. — Arthrotomie. On trouve un pus épais, très abondant. On fait la résection des extrémités osseuses. Les lésions portent principalement sur l'extrémité supérieure du tibia, dont le tissu spongieux est comme infiltré de matière caséuse.

OBSERVATION XLIV

Ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée du genou droit. — Résection secondaire. — Forme non fistuleuse.

T..., Victor, trois ans et demi, entre salle Saint-Pierre, le 14 janvier 1901.

A noter dans les antécédents une sœur morte de méningite.

Le début de l'affection actuelle date de deux mois. A cette époque, l'enfant a fait une chute, depuis laquelle il s'est plaint de son genou et a gardé le lit. Toute tentative de marche est très douloureuse.

A l'entrée, on note que la jambe est en flexion légère ; il n'y a pas d'épanchement dans le grand cul-de-sac. Tuméfaction de chaque côté du ligament rotulien et vers la tête du péroné, au niveau de laquelle on constate un empâtement pseudo-fluctuant. En dehors du ligament rotulien, on a une sensation analogue à celle des grains riziformes.

23 janvier 1901. — Injection de glycérine iodoformée (3 c.c.), en quatre points autour de la rotule.

22 mai. — Légère flexion. Tuméfaction assez accentuée. Fonosités dans le grand cul-de-sac. Absès sur la face interne du tibia dans son tiers supérieur.

25 mai. — Ponction de l'abcès. Evacuation d'environ 30 grammes de pus. Injection de glycérine iodoformée (4 c.c.). On fait une autre injection dans l'articulation.

23 juillet. — Articulation sèche, mais l'abcès s'est reformé sur la face antéro-interne de la jambe ; on le ponctionne et on y injecte quelques centimètres cubes de glycérine iodoformée. On fait une injection de 5 c.c., dans l'articulation. Plâtre.

7 octobre. — On ne trouve plus trace de l'abcès. Par contre le genou est encore fléchi, globuleux, donnant la sensation de fonosités de chaque côté du ligament rotulien, surtout en dehors. Pas d'épanchement dans le grand cul-de-sac, mais son bord interne est très épaissi.

Redressement. Plâtre. Pas d'injection.

10 décembre. — La flexion persiste, ainsi que la tuméfaction. Les fongosités sont accumulées sur le bord externe de la rotule. Le grand cul-de-sac est légèrement fongueux. La partie interne est tout à fait sèche. L'enfant présente des poussées d'eczéma rendant l'immobilisation difficile.

11 janvier 1902. — Encore une légère flexion facilement corrigée. Toujours un peu de tuméfaction. Le genou a été en traction depuis le 10 décembre.

13 janvier. — On fait deux injections de glycérine iodoformée, l'une dans la partie tibiale de l'articulation, l'autre dans le grand cul-de-sac. Gouttière plâtrée.

14 février. — Il y a toujours de l'empâtement.

17 février. — Injection de glycérine iodoformée sur la face externe. Bandage plâtré prenant la hanche.

14 mai. — L'enfant revient de Longchêne. Le genou est toujours un peu fléchi, volumineux. En avant de la tubérosité externe du tibia, on trouve un abcès prêt à se fistuliser. Dans le reste de l'articulation, dans le grand cul-de-sac, on trouve de l'empâtement fongueux ; de même dans le creux poplité.

17 mai. — Résection du genou. — L'abcès communique avec l'articulation par un petit orifice situé près du bord externe du ligament rotulien.

Lésion probablement primitive du fémur ayant envahi presque tout l'espace intercondylien et intéressé un peu le cartilage de conjugaison en avant. A ce niveau l'os est lie de vin, ramolli. La lésion a ulcéré en bas le cartilage du condyle externe et a déterminé au point correspondant du plateau tibial une ulcération de surface. Lésions secondaires de la rotule.

Le reste de l'articulation donne l'impression d'un processus guéri ou en voie de guérison. La synoviale, épaissie, est presque partout graisseuse, mais ne présente qu'en de rares endroits des fongosités typiques. Au niveau du condyle interne il existe des adhérences assez fortes entre le fémur et le tibia. Des adhérences analogues remplissent le cul-de-sac sous-tricipital.

OBSERVATION XLX

Ostéo-arthrite suppurée tuberculeuse du genou droit, secondaire à un abcès paraosseux. — Résection secondaire. — Forme fistuleuse.

P..., Ferdinand, trois ans, entré salle Saint-Pierre, le 14 mars 1901.

Rien à noter dans les antécédents.

Il y a quatre mois, apparaissait sur la partie interne du genou droit, une petite tumeur. La douleur locale fut assez vive pour empêcher la marche. Cependant peu à peu la tumeur avait diminué de volume ; les troubles fonctionnels avaient disparu.

Quelques jours avant l'entrée, nouvelle poussée au niveau du genou.

A l'entrée, on note l'existence d'une tumeur du volume d'une grosse noix ; elle s'étend sur la partie interne du genou, à la hauteur de l'interligne articulaire. La peau a son aspect normal. Fluctuation très nette.

15 mars. — Incision de la tumeur. Issue d'une petite quantité de pus ; la cavité contient des grumeaux caséeux. L'exploration au stylet montre une partie du condyle externe dénudée.

23 mai. — On ramène l'enfant qui, depuis quelques jours, ne peut plus marcher. La fistule donne très peu ; le genou est légèrement tuméfié, un peu fléchi. Les moindres mouvements sont douloureux.

25 mai. — L'exploration au stylet fait sentir un os dénudé. Il existe un trajet osseux qui se dirige vers l'articulation ; cette dernière est donc probablement envahie. Injection de glycérine iodoformée autour de la rotule. Plâtre.

24 octobre. — Le genou est globuleux, la fistule donne toujours. Injection de glycérine iodoformée. Plâtre.

28 décembre. — Résection du genou. On trouve du pus dans l'articulation. Lésions du fémur consistant en une ulcération en surface du cartilage sur le condyle interne. Les lésions sont

plus accentuées sur le condyle interne du tibia qui se présente dénudé et infiltré dans toute son étendue. La lésion primitive est juxta-épiphysaire et a envahi l'articulation en contournant le bord du cartilage de conjugaison qui est conservé.

OBSERVATION XLVI (inédite).

*Ostéo-arthrite suppurée du genou. — Résection secondaire. —
Forme non fistuleuse.*

G..., Marie, onze ans, entrée salle Sainte-Amélie le 26 janvier 1901:

Antécédents inconnus.

L'affection actuelle a débuté, il y a un an, par de la tuméfaction et quelques douleurs, mais sans claudication, ni impotence.

A l'entrée, on constate de la tuméfaction de chaque côté du ligament rotulien, s'étendant vers la tête du péroné. Augmentation de volume des condyles fémoraux et du plateau tibial. Pas de fluctuation ni de douleur à la pression.

Extension incomplète. Jambe en légère flexion.

2 février. — Injection intra-articulaire de glycérine iodoformée (3 c.c.), sur le côté de la rotule. Plâtre.

15 mai. — La position est bonne ; cependant, il y a un léger degré de flexion. Toujours un empâtement assez dur autour du plateau tibial et le long de l'interligne, en dehors. Pas de liquide dans la synoviale.

18 mai. — Injection. Plâtre.

5 septembre. — La jambe est dans la rectitude. Toujours un peu d'empâtement au-dessous et de chaque côté du ligament rotulien ; cet empâtement est dur. L'enfant lève bien la jambe et frappe du talon avec force. Flexion possible jusqu'à l'angle droit. Plâtre.

30 décembre. — Rectitude à peu près complète, bien que le plâtre ait été quitté depuis plus de quinze jours. Pas d'épan-

chement. Toujours un peu d'épaississement des tissus sous-cutanés de chaque côté du ligament rotulien. Flexion à peu près jusqu'à l'angle droit.

18 février 1902. — Peu de progrès pour la marche. En dehors, empatement pseudo-fluctuant s'étendant jusqu'à la tête du péroné.

15 mars. — Marche mieux, ne souffre plus. Toujours un peu d'empatement sur la face externe et de chaque côté du ligament rotulien. Genouillère.

8 avril. — Chute. Entorse du genou. Plâtre.

16 mai. — Genou en extension. Tuméfaction. Epanchement peu abondant dans le grand cul-de-sac. An niveau du condyle externe du tibia, à la partie antéro-externe, collection fluctuante qui paraît indépendante de l'articulation.

21 mai. — Intervention. Incision de la résection du genou. L'articulation contient du pus, des fongosités. On trouve des lésions osseuses du fémur, sous forme de tubercules sous-chondriques, allant en arrière jusqu'au cartilage de conjugaison (condyle externe). Sur le condyle interne, on trouve profondément de la dégénérescence de l'os qui est lie de vin. Ces lésions nécessitent l'évidement de toute la diaphyse.

OBSERVATION XLVII (inérite).

*Ostéo-arthritis suppurée tuberculeuse du genou. — Mort. —
Forme non fistuleuse.*

M..., Louis, six ans et demi, entré salle Saint-Pierre, le 5 septembre 1901.

L'affection actuelle a débuté, il y a huit mois, par de la tuméfaction et de la gêne dans la marche. Depuis quatre à cinq mois les mouvements sont limités.

Actuellement on constate que la jambe est en flexion à 135° environ. L'extension complète est impossible. La flexion atteint à peine l'angle droit. Pas d'empatement, ni d'épanchement.

6 septembre. — Redressement. Plâtre.

12 novembre. — Flexion à environ 150°. Toujours pas d'épanchement. Léger empâtement de chaque côté du ligament rotulien. Fongosités en dedans, le long de l'interligne.

22 novembre. — Injection de glycérine iodoformée (4 c.c.) dans la partie tibiale de l'articulation. Redressement et gouttière plâtrée.

12 mars 1902. — A la sortie du plâtre, le genou s'est, de suite, remis en flexion, à environ 50°. Il est à peu près sec ; les fongosités ont disparu à peu près en dedans. Par contre, il est apparu une petite masse en dehors et au-dessus du condyle externe ; celle-ci est fluctuante.

23 mars. — Ponction de l'abcès. On retire du pus à gros grumeaux.

On fait une double injection de glycérine iodoformée. Bandage plâtré.

Avril 1903. — L'enfant n'est pas revenu à la Charité, mais une lettre du père nous apprend que l'affection n'a pas cessé de s'aggraver et que le petit malade a fini par succomber au mois de mai 1902.

OBSERVATION XLIX (inédite).

*Ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée du genou. — Guérison.
Forme fistuleuse.*

B..., Henri, cinq ans, entré salle Saint-Pierre, le 1^{er} août 1901.

L'affection a débuté en mars 1900. Le malade a été vu pour la première fois le 20 avril. A ce moment le genou était globuleux, volumineux, légèrement fléchi. Il y avait des fongosités dans le grand cul-de-sac. On lui a fait un simple redressement.

Le 25 juin, on lui a fait une injection de glycérine iodoformée et une gouttière plâtrée. Peu après, une ulcération s'est produite sur la face externe, qui a nécessité l'ablation prématurée du bandage.

1^{er} août. — On note une très légère flexion. Empâtement avec pseudo-fluctuation de chaque côté du ligament rotulien. Il existe une ulcération de la dimension d'une pièce d'un franc sur la face externe ; les bords en sont décollés, le fond grisâtre, elle donne issue à une suppuration abondante.

5 août. — On fait deux injections de glycérine iodoformée, une dans le grand cul-de-sac, l'autre dans la partie tibiale de l'articulation, au-dessous des fibro-cartilages et l'on voit le liquide de cette dernière ressortir par la fistule externe.

10 septembre. — Le redressement se maintient.

12 novembre. — La suppuration est presque tarie ; la plaie a bon aspect et bourgeonne bien. Il persiste une légère flexion du genou, et un peu d'empâtement pseudo-fluctuant de chaque côté du ligament rotulien. Pas d'injection. Plâtre.

19 décembre. — La suppuration est tarie. L'extension est complète. Le genou a un volume normal, sauf un empâtement assez marqué autour des condyles du tibia. Pas de douleur. L'enfant soulève sa jambe ; il a de légers mouvements de flexion. On lui fait une genouillère plâtrée.

19 mars 1902. — L'enfant lève bien sa jambe, mais la flexion tend à se reproduire ; il y a encore un peu d'empâtement. On lui fait un plâtre sous anesthésie.

7 juin. — Pas d'attitude vicieuse ; le genou est sec. Plâtre.

4 septembre. — On a retiré le plâtre il y a trois semaines. Actuellement le genou est sec.

Il y a une très légère flexion, et quelques légers mouvements.

8 décembre. — La flexion paraît avoir un peu augmenté ; il y a un léger empâtement.

On fait une injection de glycérine iodoformée de chaque côté du ligament rotulien. Redressement et plâtre.

3 mars 1903. — Le genou est sec ; il y a un certain épaississement des tissus de chaque côté du ligament rotulien, et une très légère tendance à la flexion.

2 avril 1903. — Il y a une très légère flexion. Le genou est sec ; il y a quelques mouvements de très faible amplitude. La rotule n'est pas soudée.

OBSERVATION L (inédite).

Ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée du coude. — Suppuration prolongée. — Guérison. — Forme fistuleuse.

B..., Joseph, trois ans et demi, entre salle Saint-Pierre, le 21 novembre 1899.

A noter dans les antécédents, une entérite il y a un an.

L'affection actuelle a débuté, il y a cinq ou six mois, sans traumatisme, par de la douleur irradiée le long du bras, exagérée par la pression sur le coude. Deux mois après est apparue une tuméfaction, qui a augmenté progressivement.

Actuellement, on constate une tuméfaction diffuse du coude. Il existe une fluctuation très nette au-dessus et en dehors de l'olécrâne. Extension et flexion limitées. Pronation limitée à la moitié de sa course. Supination complète.

On fait une injection de glycérine iodoformée intra-articulaire.

7 décembre. — Le coude est fortement tuméfié. Epanchement abondant. La ponction donne issue à du pus grumeleux avec une grande quantité de sang rouge. On fait une injection de glycérine iodoformée par le trocart de la ponction.

14 décembre. — Signes de bronchite généralisée.

19 décembre. — Grosse tuméfaction. Fluctuation très nette en dehors de l'olécrâne et au niveau de la tête radiale. La ponction à ce niveau ramène un liquide louche et teinté de sang, dont l'analyse reste sans résultat. Plâtre.

9 mai 1900. — L'enfant revient. On lui a fait successivement trois plâtres qu'il a gardé respectivement deux mois, un mois et trois semaines. Actuellement son coude est moins tuméfié ; les mouvements sont toujours limités. L'état général est assez mauvais, l'enfant venant d'avoir la rougeole.

3 mars 1903. — L'enfant est revu. Plusieurs abcès se sont formés autour de l'articulation, au point que l'on discuta l'oppor-

tunité d'une résection, qui fut d'ailleurs refusée par les parents, qui se contentèrent de pansements fréquents. Au bout de dix-huit mois les fistules se sont taries sans issue de séquestre.

Actuellement l'enfant se sert bien de son bras pour tous les usages. L'extension se fait jusqu'à 20° ; la flexion dépasse l'angle droit, permettant de mettre la main à la bouche et sur la tête. La main est en pronation ; la supination est réduite des deux tiers.

OBSERVATION LI (inédite).

*Ostéo-arthrite suppurée du coude. — Résection secondaire. —
Forme fistuleuse.*

V... Marie, dix ans, entrée salle Sainte-Amélie, le 27 mai 1901.

Rien à noter dans les antécédents, sauf que l'enfant prend souvent des points de côté l'hiver.

Il y a deux mois l'enfant a commencé à souffrir par moments au niveau du coude. Puis est apparue une tumeur qui s'est enflammée et s'est ouverte il y a quatre jours.

A l'entrée. — On constate que le coude est à angle droit ; l'enfant ne peut exécuter que des mouvements très limités. Le coude est tuméfié, surtout dans la région externe, au niveau de l'épicondyle ; un peu au-dessus existe une plaque rouge, avec deux fistules. Au-dessous on sent des masses fongueuses. La région interne n'est pas complètement indemne, mais on sent aussi quelques fongosités au niveau de l'interligne. Les mouvements de pronation et de supination sont à peu près conservés.

1^{er} juin 1901. — Par la pression on fait sortir une certaine quantité de fongosités par les fistules.

Injection de glycérine iodoformée (10 c.c.).

21 juin. — Résection du coude. On trouve d'abondantes fongosités. Les surfaces articulaires sont à peu près intactes, mais par contre il existe des lésions osseuses de l'humérus et du cubitus, au voisinage des surfaces articulaires.

OBSERVATION LII (inédite).

*Ostéo-arthrite suppurée du coude. — Résection secondaire. —
Forme fistuleuse.*

C... Jean, neuf ans, entré salle Saint-Pierre, le 25 mai 1901.

A noter dans les antécédents une sœur morte d'adénite cervicale tuberculeuse. Personnellement l'enfant a eu à deux ans des ganglions au cou ; il y a deux ans, il a pris plusieurs bronchites et a toussé pendant longtemps.

Le début de l'affection actuelle remonte à trois ans. A cette époque le coude devint un peu douloureux et se tuméfia. Depuis ce temps-là, alternatives d'augmentation et de diminution. Il y a cinq semaines le coude était très gros ; il a diminué jusqu'à ce jour.

A l'entrée. — On note l'existence d'une tuméfaction dans le sillon qui sépare l'olécrâne de l'épicondyle ; elle a la grosseur d'une noix, et est probablement formée par des fongosités. Les mouvements sont très limités. La flexion dépasse un peu l'angle droit. L'extension se fait à 130° environ. La pronation et la supination sont peu prononcées. Pas de points douloureux.

28 mai 1901. — Injection de glycérine iodoformée (4^{es} c.c.) dans la tuméfaction.

6 août. — Il s'est fait une ulcération de la largeur d'une pièce de deux francs à la hauteur de l'épicondyle. Le coude est parfaitement sec ; on n'y sent aucune fongosité. Les mouvements sont presque nuls.

7 mars 1902. — Depuis quinze jours, il s'est établi une fistule avec un peu de suppuration. On constate un abcès nettement fluctuant en dedans de la tête radiale, et une masse de fongosités dans les gouttières épitrochléo et épicondylio-olécrânienne. Les mouvements sont nuls, aussi bien la flexion que l'extension. Le coude est fléchi à angle droit.

11 mars 1902. — Résection du coude totale. Peu de lésions

des os, mais fongosités synoviales abondantes, concentrées surtout autour de la tête du radius. Là se trouve un abcès contenant quinze à vingt grammes de pus. En plusieurs points le centre des masses fongueuses contient du pus.

OBSERVATION LIII (inédite).

Ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée du poignet gauche. — Suppuration prolongée. — Guérison. — Forme fistuleuse.

C... Eugénie, sept ans et demi, entrée salle Sainte-Amélie, le 27 mars 1901.

Rien à noter dans les antécédents.

L'affection a débuté, il y a deux mois et demi, par l'apparition d'une attitude vicieuse et de la gêne fonctionnelle. Les mouvements provoqués de flexion et d'extension étaient douloureux. En même temps se développait de la tuméfaction de l'extrémité inférieure de l'avant-bras, et de la main.

Depuis trois semaines, la peau est devenue rouge vineux ; deux ou trois ulcérations se sont produites.

Actuellement, on note une tuméfaction volumineuse du poignet ; l'impotence est complète. Au niveau de la face dorsale, il y a deux fistules ; une autre s'ouvre au niveau de la face antérieure de l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Ces fistules donnent issue à une grande quantité de pus.

2 avril. — On fait une injection de glycérine iodoformée (10 c.c.) dont une grande partie ressort par les fistules.

20 avril. — Nouvelle injection.

1^{er} juin. — Nouvelle injection.

L'enfant part chez elle le 1^{er} août.

Avril 1903. — La malade n'est pas revenue à la Charité, mais nous en avons des nouvelles par une lettre du père. De sa sortie jusqu'au mois de novembre 1901, l'état s'est maintenu assez satisfaisant. A ce moment, il se forma un abcès au niveau du genou droit qui fut traité par un médecin. En même temps

apparurent plusieurs ulcérations autour du poignet, qui ont suppuré jusqu'à fin juin 1902. A ce moment toutes les fistules se sont taries, et l'état de la petite malade s'est amélioré rapidement.

Actuellement elle se sert très bien de son poignet, qui semble, d'après la lettre du père, jouir de tous ses mouvements. La douleur a entièrement disparu, ainsi que toute espèce de tuméfaction.

OBSERVATION LIV (inédite).

Ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée du poignet droit. — Guérison. — Forme fistuleuse.

C... Ferdinand, quatre ans, entré salle Saint-Pierre, le 28 avril 1902.

Rien à noter dans les antécédents.

L'affection a débuté, il y a treize mois, à la suite d'une chute sur le bras. Trois mois après, apparut une fistule sur la face interne du poignet, qui ne s'est jamais tarie. Depuis quelque temps, de nouvelles fistules se sont ouvertes. Pas de douleur, ni d'impotence.

A l'entrée. — On trouve une tuméfaction assez prononcée du poignet. Sur la face dorsale s'ouvrent quatre fistules, dont une seule est actuellement ouverte ; les autres sont recouvertes d'une peau rouge et amincie. Il y a une fistulette sur la face externe du poignet, et un abcès sur la face palmaire. Tous les mouvements du poignet sont abolis, ceux de flexion des doigts sont un peu limités.

5 mai. — On vide les fistules par expression. Injection de glycérine iodoformée. Plâtre.

10 juillet. — Les fistules sont à peu près taries. Plus de fongosités.

Mai 1903. — Il n'y a aucun gonflement. On voit autour du poignet plusieurs fistules toutes taries et dont une sur la face dorsale adhère au squelette. Une seule au niveau de l'apophyse

styloïde du cubitus est recouverte d'une croûte. Les mouvements du poignet sont complets ; l'enfant se sert de sa main pour tous usages et ne ressent aucune douleur.

OBSERVATION LV (inédite).

Ostéo-arthrite suppurée tuberculeuse de l'articulation tibio-tarsienne. — Guérison par ankylose. — Forme fistuleuse.

C... Tony, dix ans, entré salle Saint-Pierre, le 19 décembre 1899.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

L'enfant a reçu, il y a trois ans, un traumatisme ; il s'est fait une entorse avec gonflement et douleurs vives. Cette entorse sembla guérir intégralement.

Le début de l'affection actuelle date de quelques mois. La claudication et les douleurs sont très marquées. Depuis deux mois l'enfant ne peut plus marcher sans béquilles. Il y a quinze jours, un abcès est apparu au niveau du tendon d'Achille.

Actuellement, on note une atrophie considérable du membre, sans différence de longueur. Les mouvements sont complètement abolis dans la tibio-tarsienne.

On trouve un gros abcès fluctuant au niveau du tendon d'Achille. Le reste de l'articulation est le siège d'une tuméfaction légère.

A la radiographie on constate que l'astragale est augmentée de volume et moins transparente.

20 décembre. — On fait la ponction de l'abcès, d'où sort un pus épais, verdâtre, avec des grumeaux ; on fait une injection de glycérine iodoformée (3 c.c.) dans sa cavité, et cinq injections de 2 c.c. chacune dans le pourtour de l'articulation.

8 janvier 1900. — Deux petites ulcérations se sont formées à la face interne, correspondant à l'orifice de la ponction ; la peau est amincie et bleuâtre. On sent des fongosités immédiatement au-dessous. La tuméfaction s'étend sur la face externe du ten-

don d'Achille, mais se limite à la partie postérieure de l'articulation. Il n'y a presque rien en avant.

On fait une injection de glycérine iodoformée (7 c.c.).

19 janvier. — Amélioration. Les ulcérations ont pris bon aspect. La tuméfaction a diminué. On fait une nouvelle injection (6 c.c.).

1^{er} juin. — La tuméfaction a entièrement disparu. Il y a des mouvements de flexion et d'extension d'une amplitude de 15° environ. Derrière la malléole interne, il y a une petite ulcération en voie de guérison. Il persiste à ce niveau une petite tuméfaction dure, non fluctuante.

30 juin. — L'enfant marche depuis un mois sans appareil. Pas de douleur. Le pourtour de l'articulation est absolument sec. Les mouvements, faciles, non douloureux, ont une amplitude de 15° environ.

17 mars 1903. — L'enfant est revu. Il marche facilement, sans claudication vraie. La démarche est un peu défectueuse, à cause de la déformation en talus. La région tibio-tarsienne ne présente aucune tuméfaction. On trouve une cicatrice linéaire sur le bord interne du tendon d'Achille. Le talon est volumineux et abaissé ; il y a un peu de pied creux. Une flexion s'est produite dans la médio-tarsienne, et se traduit par le relief, sur le dos du pied, de la rangée antérieure du tarse. Dans son ensemble, le pied exécute des mouvements d'extension et de flexion d'une amplitude de 15° environ. Ces mouvements paraissent se passer en grande partie dans l'articulation médio-tarsienne et un peu dans la sous-astragaliennne ; mais la tibio-tarsienne paraît complètement ankylosée. Le pied est sensiblement plus court (2 centimètres et demi). Il existe un certain degré d'atrophie.

OBSERVATION LVI (inédite).

Ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée de la tibio-tarsienne gauche. — Abscessus sous-cutané. — Guérison. — Forme fistuleuse.

P... Marius, deux ans et demi, entré salle Saint-Pierre, le 8 décembre 1899.

A noter dans les antécédents une sœur morte de bronchite. Personnellement, l'enfant a eu la rougeole. Coqueluche il y a six semaines.

L'affection actuelle a débuté, il y a quelques mois, à la suite d'une fracture de la cheville. A la sortie du plâtre, en septembre dernier, l'enfant ne peut appuyer sur sa jambe.

Actuellement on note une tuméfaction cylindrique du cou-de-pied, avec rougeur et amincissement de la peau. Fluctuation à la face antérieure et sur les côtés de l'articulation avec prédominance en avant de la malléole interne.

Limitation des mouvements, sans grande douleur. Quelques craquements articulaires. Douleur peu marquée, sauf par la pression simultanée sur les deux malléoles.

Abcès sous-cutané à cinq centimètres au-dessus de la malléole interne.

12 décembre. — Ponction de l'abcès, d'où sort du pus séreux, avec des grumeaux ; on fait une injection de glycérine iodoformée (1 c.c.) dans sa cavité.

Ponction de l'articulation ; issue d'un pus analogue. Injection intra-articulaire (3 c.c.).

8 janvier 1900. — Issue de pus clair par la fistule ; tuméfaction diffuse tout autour. Injection de glycérine iodoformée (7 c.c.), au pourtour de l'articulation.

19 janvier. — Bon état local. Epanchement intra-articulaire assez abondant, semblant surtout formé de glycérine. Nouvelle injection (4 c.c.).

1^{er} février. — Diminution considérable de la tuméfaction. L'enfant part pour deux mois avec une botte plâtrée.

Mai 1903. — L'enfant n'est pas revenu, mais nous en avons des nouvelles par les parents.

L'état local n'a cessé de s'améliorer, au point qu'actuellement la guérison semble parfaite. Le malade aurait, au dire des parents, l'intégrité de ses mouvements, marche facilement et ne se plaint d'aucune douleur.

Il s'est développé il y a quelques mois un mal de Pott dorso-lombaire, à marche très lente.

OBSERVATION LVII (inédite).

Ostéo-arthrite suppurée tuberculeuse de l'articulation tibio-tarsienne droite. — Septicémie. — Mort. — Forme fistuleuse.

B... Jeanne, sept ans, entrée salle Sainte-Amélie, le 19 février 1900.

Rien à noter dans les antécédents.

L'affection actuelle a débuté, il y a cinq mois, par une entorse. Légère claudication. L'enfant marche sur le pied gauche. Pas de douleur.

Actuellement on note une tuméfaction légère en avant de l'articulation. Empâtement léger dans les deux gouttières rétro-malléolaires.

19 février. — Injection de glycérine iodoformée en deux points, l'un en avant, l'autre en arrière de la malléole externe.

26 février. — A la suite de l'injection, fièvre, anorexie pendant trois jours. Botte plâtrée.

2 avril. — On enlève le plâtre. Autour de la malléole externe, on trouve une tuméfaction nettement fluctuante ; la peau est rouge à ce niveau.

2 mai. — Fistule sur la malléole externe.

9 mai. — La tuméfaction a bien diminué en avant de la malléole externe ; en arrière, elle s'est prolongée jusqu'au bord interne du tendon d'Achille. On fait à ce niveau une injection de glycérine iodoformée (4 c.c.).

Ultérieurement il s'est fait à ce niveau une ulcération. L'enfant a pris successivement la rougeole, la scarlatine. Il est survenu de l'infection articulaire. Mort par septicémie.

OBSERVATION LVIII (inédite).

Ostéo-arthrite suppurée de l'articulation tibio-tarsienne. — Astragalectomie secondaire. — Forme non fistuleuse.

P... René, six ans et demi, entré salle Saint-Pierre, le 10 juin 1900.

Rien à noter dans les antécédents.

Le début de l'affection actuelle ne peut pas être précisé. Il a été insidieux et c'est petit à petit que l'enfant n'a pu se servir de son pied.

A l'entrée. — On note une grosse tuméfaction de toute la région tibio-tarsienne, surtout au niveau de la malléole externe. A ce niveau il existe un gros abcès qui pointe et menace de s'ouvrir.

Les mouvements sont à peu près nuls.

13 juin 1900. — Ponction. Il s'écoule une assez grande quantité de pus. Après cette évacuation, il persiste une tuméfaction notable de la région tibio-tarsienne. On fait des injections interstitielles de glycérine iodoformée, et une injection dans la cavité de l'abcès.

27 juin. — Pas d'amélioration considérable à la suite de l'injection. On pratique l'ablation de l'astragale. Il y a beaucoup de fongosités ; l'astragale est profondément envahi. Rien du côté du calcanéum. Le plateau tibial est atteint ; l'épiphyse est presque complètement évidée. Rien du côté du péroné, ni de l'articulation péronéo-tibiale inférieure.

OBSERVATION LIX (inédite).

Ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée de la tibio-tarsienne droite. — Astragalectomie. — Forme fistuleuse.

C... Ben., huit ans et demi, entrée salle Sainte-Amélie, le 21 mai 1901.

Rien à noter dans les antécédents. Santé délicate.

L'affection actuelle a débuté il y a deux mois par une entorse. Depuis ce moment le pied a enflé. L'enfant boite, mais ne souffre pas.

Actuellement on note une tuméfaction de la région tibio-tarsienne, plus marquée en dedans, où l'on sent un empâtement pseudo-fluctuant dans la gouttière rétro-malléolaire, à un tra-

vers de doigt au-dessus de la pointe de la malléole. En avant de la malléole, tuméfaction assez limitée, légère rougeur de la peau, fluctuation.

Sur le dos du pied, en dehors, légère tuméfaction diffuse, qui ne manque que dans la gouttière rétro-malléolaire externe, laquelle paraît tout à fait libre.

Les mouvements sont conservés, mais un peu limités ; ils ne sont pas douloureux.

25 mai. — On fait deux injections de glycérine iodoformée, une dans la tuméfaction qui siège en dedans du tendon d'Achille, l'autre dans la tuméfaction qui siège en avant de la malléole interne, cette dernière pénétrant dans l'articulation d'environ 6 centimètres. L'enfant part avec un plâtre.

7 septembre. — On découvre une petite fistule au-dessus et en arrière de la malléole interne ; elle donne très peu. L'empâtement a beaucoup diminué autour de l'articulation. La flexion est légèrement limitée.

16 décembre. — L'empâtement persiste. Une seconde ulcération s'est faite en arrière de la malléole interne. Autre foyer fluctuant en avant d'elle. En arrière du péroné, on trouve un véritable abcès, qui menace d'ulcérer la peau, et remonte jusqu'au milieu de la jambe.

18 décembre. — Ablation de l'astragale. Le revêtement cartilagineux est presque intact, aminci cependant par des tubercules sous-chondriques sur la face supérieure de la poulie et la face antérieure de la tête. Le cartilage inférieur se décolle facilement. On trouve du pus autour du col et dans l'abcès externe.

A la coupe, l'astragale présente un gros tubercule du volume d'une noisette, qui a détruit le col dans plus de la moitié de son volume. Infiltration graisseuse du reste de l'os.

12 novembre 1902. — Etat général plus mauvais. Ablation secondaire du calcanéum, grattage du scaphoïde, du cuboïde, du plateau tibial, dans lequel on trouve un tubercule qui traverse le cartilage de conjugaison.

OBSERVATION LX (inédite).

Arthrite suppurée tibio-tarsienne. — Guérison. — Forme non fistuleuse.

H... Emile, dix ans et demi, entré salle Saint-Pierre, le 27 janvier 1902.

A noter dans les antécédents un frère mort de méningite à cinq ans. Personnellement rougeole à trois ans. Un séjour à Giens à six ans, pour adénite.

L'affection actuelle a débuté, il y a trois mois, par de la douleur survenant le soir. Depuis un mois est apparue de la tuméfaction, et les douleurs ont augmenté.

A l'entrée. — On note une tuméfaction assez considérable, tout autour de l'articulation tibio-tarsienne, surtout autour de la malléole externe et en arrière de la malléole interne, tuméfaction pseudo-fluctuante, nettement due à des fongosités.

La flexion dépasse légèrement l'angle droit. L'extension atteint à peu près la moitié de son amplitude normale.

6 février. — On fait une double injection de glycérine iodoformée, dans la partie interne et dans la partie externe de l'articulation. Gouttière plâtrée.

30 juin. — La tuméfaction paraît avoir un peu diminué en arrière de la malléole interne, et en avant de la malléole externe. En dessous et en arrière de la malléole externe, masse pseudo-fluctuante qui se prolonge en haut et en arrière, le long du péronier latéral. Mouvements assez étendus.

2 juillet. — Injection intra-articulaire. Ponction de la collection péronière ; issue de pus grumeleux ; injection de glycérine iodoformée dans l'abcès. Ponction de l'articulation en arrière de la malléole externe, qui ne ramène rien.

8 septembre. — Le plâtre est enlevé depuis quatre jours. La tuméfaction a disparu ; il n'y a plus trace de la collection péronière. Au-dessous de la malléole externe, on trouve encore

une petite masse assez dure, qui ne donne pas la sensation de fongosités. La flexion dépasse l'angle droit. L'extension est limitée à la moitié. On fait une simple botte plâtrée.

5 décembre. — La botte a été enlevée il y a cinq jours. Audessous de la malléole externe, on trouve une masse pseudo-fluctuante, du volume d'une noisette, donnant la sensation de fongosités.

Tout le reste va très bien. L'articulation a sa mobilité presque complète.

22 décembre. — Ponction qui retire un peu de liquide clair, sans grumeaux. Injection de glycérine iodoformée. Plâtre.

31 mars 1903. — Le plâtre est enlevé depuis huit jours. La flexion est à peu près complète, l'extension un peu limitée. On laisse marcher l'enfant pendant quinze jours.

21 avril. — L'enfant a marché, se plaignant seulement d'être un peu las le soir. La périphérie de l'articulation est encore très légèrement empâtée ; on sent, au-dessous de la malléole externe, un épaissement synovial, qui est de consistance dure, fibreuse.

La flexion dorsale est complète ; la flexion plantaire est réduite de moitié. Il existe un certain degré d'atrophie du mollet.

OBSERVATION LXI (inédite).

Ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée de la tibio-tarsienne. — Guérison. — Forme fistuleuse.

B..., treize ans, entré salle Saint-Pierré, le 12 juillet 1902.

L'affection actuelle a débuté il y a cinq mois.

A l'entrée on note l'existence d'un orifice fistuleux sous la pointe de la malléole externe. Effacement de la dépression rétro-malléolaire ; l'empâtement se poursuit, moins accentué, sur le côté interne. Le relief de la malléole interne est moins visible que du côté sain ; la gouttière rétro-malléolaire est également effacée.

La flexion dorsale est complète ; l'adduction et l'abduction sont légèrement limitées.

16 juillet. — On fait une injection de glycérine iodoformée, suivie d'un plâtre.

25 octobre. — La fistule est tarie. L'empâtement a presque disparu, aussi bien en dedans qu'en dehors. Les mouvements sont réduits à une amplitude de 10°. Plâtre.

28 février 1903. — Il n'y a plus de tuméfaction péri-articulaire. La fistule est presque entièrement fermée. Les mouvements ont une amplitude qui ne dépasse pas 10°. On essaye de laisser marcher l'enfant.

17 mars. — L'enfant marche depuis quinze jours, et ne présente aucun signe de récurrence ; mais les mouvements restent limités à une amplitude de 10 à 15 degrés.

OBSERVATION LXII (inédite).

Ostéo-arthrite suppurée du tarse antérieur. — Abscessus au niveau du genou droit. — Tarsectomie. — Secondairement apparition d'une coxalgie. — Forme non fistuleuse.

L... Francisque, sept ans, entré salle Saint-Pierre, le 10 janvier 1902.

Le début de l'affection actuelle remonte à six mois ; l'enfant se plaignait de douleurs. Ce n'est que depuis trois mois que la tuméfaction s'est formée ; depuis deux mois l'enfant souffre beaucoup, et n'a pas quitté le lit.

A l'entrée, on note une tuméfaction en collier, étendue régulièrement à tout le dos du pied, et correspondant à la première rangée du tarse. Pas d'attitude vicieuse du pied.

Il existe un point nettement fluctuant sur la face dorsale du premier cunéiforme.

L'extension et la flexion sont conservées, l'adduction et l'abduction à peu près intactes aussi, et seuls les mouvements de rotation paraissent être réellement douloureux.

13 janvier 1902. — Ponction du point fluctuant. Triple injection de glycérine iodoformée (3 à 4 c.c.), l'une au niveau du point ponctionné, la seconde au milieu de la région, la troisième dans la partie externe. Gouttière plâtrée.

12 mars. — La tuméfaction paraît avoir diminué, cependant on a encore tout autour de la première rangée du tarse une sensation d'œdème pseudo-fluctuant. Botte plâtrée.

Au genou droit, on trouve sur la face externe une large collection, qui s'étend, en arrière, jusqu'au bord externe du creux poplité, et en avant, jusqu'au bord externe de la rotule. Le genou lui-même paraît sain ; il a tous ses mouvements ; on note seulement un léger empatement de chaque côté du ligament rotulien.

17 mars. — La collection péri-articulaire du genou est ouverte et drainée. Pus sanguinolent. On ne trouve aucun point osseux.

Au pied, pendant l'anesthésie, on délimite un point fluctuant au niveau de l'articulation scapho-cunéenne du premier cunéiforme. Incision : on évacue un peu de pus et quelques fongosités. Les articulations sous-jacentes sont ouvertes, mais paraissent peu malades. Pas de lésion osseuse limitée.

Ultérieurement apparaissent les signes d'une coxalgie avec abcès.

OBSERVATION LXIII (inédite).

Arthrite tuberculeuse de l'épaule gauche. — Forme sèche. — Arrêt de l'évolution, mais avec persistance des troubles fonctionnels.

B... Yvonne, sept ans, entrée salle Sainte-Amélie, le 10 juin 1900.

L'enfant a eu la fièvre typhoïde en 1899.

A l'entrée on note une déformation du moignon de l'épaule, due à l'atrophie du deltoïde et à l'élévation de l'omoplate correspondante. Tous les mouvements spontanés sont impossibles ; on a quelques mouvements passifs, en maintenant l'omoplate, mais ils sont limités.

Pas de douleur à la pression en aucun point. Les mouvements d'élévation seuls provoquent un peu de douleur, que l'enfant localise à la partie supérieure de l'épaule.

Légère scoliose dorsale à convexité gauche.

11 juin. — Ponction et injection de glycérine iodoformée.

30 juin. — Nouvelle injection.

17 mars 1903. — Après les injections, il n'y a pas eu d'immobilisation en appareil. L'enfant a porté une simple écharpe. L'état paraît stationnaire. La malade ne se sert pas mieux de son bras que précédemment. Il y a un raccourcissement de trois centimètres. L'enfant a, de temps à autre, des douleurs très violentes. L'articulation de l'épaule ne présente aucun mouvement. Elle ne montre d'ailleurs ni tuméfaction, ni fongosités.

CONCLUSIONS

I. — Dans les arthrites tuberculeuses de l'enfance, la glycérine iodoformée, employée en injections, concurremment avec le traitement conservateur, rend ce dernier plus efficace et plus rapide.

II. — *A.* Dans les hydarthroses tuberculeuses, on évacue le liquide au moyen d'un trocart et on injecte la glycérine iodoformée dans l'articulation, comme s'il s'agissait d'un abcès froid vulgaire.

B. Dans les arthrites fongueuses, au lieu de faire comme Mikulicz des injections interstitielles nombreuses et répétées dans les masses fongueuses, nous pensons, avec M. Nové-Josserand, qu'il est préférable de faire des injections intra-articulaires, peu nombreuses à chaque séance, le plus souvent uniques, et répétées seulement tous les deux mois, pour permettre le traitement simultané par l'immobilisation.

C. Dans les formes à suppuration fermée, l'arthrite et les abcès sont traités séparément, comme s'ils étaient indépendants.

D. Dans les formes fistuleuses, il est préférable de

faire l'injection dans l'articulation et à distance des orifices fistuleux.

III. — Dans la majorité des cas, le traitement des attitudes vicieuses ne nécessite pas de précautions particulières.

Toutefois, lorsque la position vicieuse est ancienne et assez prononcée, si l'on croit nécessaire de faire le redressement en un temps sous anesthésie, il vaut mieux retarder l'injection d'une à deux semaines, pour laisser à la réaction traumatique le temps de se dissiper.

IV. — A. D'après les 65 cas que nous avons analysés, les résultats sont les suivants :

Guéris	69 p. 100
Non guéris	31 p. 100
Opérés secondairement	47 p. 100
Interruption du traitement, 7 cas	43 p. 100
Mort en cours de traitement, 2 cas	43 p. 100

B. Au point de vue des mouvements, les 69 p. 100 de guérisons se décomposent en :

Guérison avec intégrité des mouvements	26 p. 100
Guérison avec limitation des mouvements	37 p. 100
Guérison avec ankylose	6 p. 100

C. Au point de vue des formes, nous avons observé :

Dans les hydarthroses	80 p. 100 de guérisons
Dans les formes fongueuses	82 p. 100 —
Dans les formes supp. fermées	14.2 p. 100 de guérisons.
— fistuleuses	61.5 p. 100 —

D. Au point de vue de l'âge moyen, nous avons trouvé :

Au-dessous de sept ans, 77 p. 100 de guérisons, pourcentage qui s'élève à plus de 90 p. 100, si l'on n'envisage que les formes non suppurées.

Au-dessus de sept ans, 58 p. 100 de guérisons.

E. Au point de vue de l'articulation atteinte :

Le genou vient en tête comme fréquence, il est aussi l'articulation où il est le plus difficile d'obtenir la guérison, et surtout la guérison avec intégrité des mouvements.

Vient ensuite la tibio-tarsienne où les résultats sont déjà bien supérieurs, atteignant 50 p. 100 de guérisons intégrales sur 75 p. 100.

Enfin au coude, et surtout au poignet, les résultats sont encore meilleurs.

Au coude 6 guérisons sur 6 cas dans les formes fongueuses, avec 2 guérisons intégrales ; 2 guérisons sur 4 cas d'arthrites suppurées, dont une avec intégrité des mouvements.

Au poignet, dans tous les cas sauf un, on a obtenu la guérison intégrale.

V. — De ces chiffres il résulte :

A. Que la méthode conservatrice, avec injections de glycérine iodoformée, peut être essayée systématiquement dans toutes les formes d'arthrite tuberculeuse de l'enfance.

B. Qu'elle semble échouer surtout dans le cas de lésions osseuses graves. S'il était possible de

distinguer ces formes de bonne heure, nous croyons qu'un traitement opératoire précoce leur conviendrait. Mais actuellement la radiographie ne donne pas de renseignements assez sûrs ni assez précis et seule l'évolution de l'arthrite peut faire poser des indications opératoires.

C. D'après nos résultats, il semble que les succès soient plus nombreux dans la première enfance. D'où l'indication d'insister davantage sur le traitement conservateur chez les petits enfants.

Vu .

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

POLLOSSON

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer .

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

